



HAL
open science

Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération

Gilles Herreros, Bruno Milly

► **To cite this version:**

Gilles Herreros, Bruno Milly. Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération : Dynamique et horizons de la démarche-qualité en milieu hospitalier : les conditions de pérennisation et de valorisation. 2006. halshs-00188667

HAL Id: halshs-00188667

<https://shs.hal.science/halshs-00188667>

Preprint submitted on 19 Nov 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Dynamique et horizons de la démarche-qualité
en milieu hospitalier :
les conditions de pérennisation et de valorisation**

**Les voies de la qualité à l'hôpital :
entre procédures et coopération**

Rapport final

Convention HAS - Université Lyon 2 - IRCO

Avril 2006

Gilles HERREROS et Bruno MILLY

Maîtres de conférences en sociologie à l'université Lumière - Lyon II et à l'université Sorbonne - Paris IV

Un grand merci à tous ceux qui nous ont chaleureusement accueillis dans leurs établissements, à ceux qui nous ont aidé à délimiter nos populations d'étude, à ceux qui ont discuté nos résultats, à ceux qui ont accepté de nous livrer leur expérience de la qualité.

La qualité, c'est quoi pour vous ?

Des procédures, de l'hyperprocédure ! Et la procédure, c'est... bien parce que cela permet d'analyser certaines étapes de fonctionnement, mais c'est parfois imbitable. C'est vraiment vous dire : « Surtout, ne me lisez pas ». La difficulté, c'est que dans le métier médical, l'incertitude, c'est notre quotidien. C'est impossible de mettre l'incertitude dans la procédure. Certes, il ne faut pas trop d'incertitudes, mais bon, il y en a toujours. Avec l'accréditation, on est allé à l'hyperprocédure. Prenez un exemple, une infirmière qui se pique avec une aiguille... cela déclenche la procédure SIDA. Mais le très procédural, c'est impossible, on ne peut pas faire une tri-thérapie à chaque piqûre ; il faut un espace d'analyse : est-ce que la piqûre a été profonde ou pas, y a-t-il un risque majeur ? C'est cette réflexion qui a permis de changer la procédure, de la transformer. C'est toujours le cas avec les procédures : la procédure est bonne au moment où on l'élabore, mais elle est inapplicable. Ce qui compte, c'est le moment d'élaboration et de transformation de la procédure. Sur ce point, c'est sûr que le fait d'avoir un département qualité et même le processus d'accréditation nous a aidés à réfléchir à la procédure. Avant, c'était plus émotionnel. Maintenant, il y a un tiers, un professionnel de la réflexion ou alors un processus qui est une enzyme, un catalyseur. Mais l'essentiel, c'est l'avancée dans la réflexion sur les pratiques.

Médecin, Chef de service

TABLE DES MATIERES

<i>Résumé</i>	4
<i>Introduction : Les termes du problème</i>	5
<i>Chapitre Méthodologie : Induction, déduction, intervention</i>	10
1.1. La première phase inductive	10
1.2. La seconde phase déductive	11
1.3. La sociologie d'intervention et ses aléas	13
<i>Chapitre Résultats : Conditions de pérennisation et valorisation des démarches-qualité</i>	15
2.1. Les visages multiples des dynamiques qualité	16
2.2. L'accréditation et ses effets sur la pérennisation-valorisation de la démarche-qualité	19
2.3. Les configurations de la démarche-qualité : l'improbable modèle idéal	24
<i>Chapitre Discussion : Inscrire la dialectique entre procédures et coopérations au cœur de l'organisation</i>	30
3.1. Déclinaisons des notions de procédures et de coopération	30
3.2. L'attachement des procédures et des coopérations : les mérites de la controverse et de la latéralité	34
3.3. « Dé-faitichiser » et détotémiser la démarche-qualité	36
<i>Conclusion</i>	40
<i>Bibliographie</i>	42
<i>Annexes</i>	44
Annexe 1 : Monographie Alpha	44
Annexe 2 : Monographie Bêta	49
Annexe 3 : Monographie Gamma	64
Annexe 4 : Florilège de citations	72
Annexe 5 : Rapport intermédiaire (octobre 2004)	88
Annexe 6 : Synthèse (avril 2006)	114

Résumé

Cette étude sociologique, conduite de septembre 2003 à janvier 2006, analyse les conditions de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité en milieu hospitalier. Elle s'appuie sur un double corpus de matériaux : une première exploration d'établissements en phase de préparation aux visites d'accréditation, une seconde exploration monographique dans des services ou départements plusieurs mois après la visite. Au total, environ 80 entretiens approfondis, une trentaine de réunions, une vingtaine de journées d'observations, dans des établissements publics variables par la localisation, la taille, la spécialité. Dans une logique de sociologie d'intervention, les résultats ont été autant que possible restitués aux acteurs et discutés avec eux.

Quelques résultats majeurs émergent :

- La pérennisation et la valorisation de la démarche-qualité ne conduisent pas à la disparition des visions indigènes de la qualité, plurielles et cloisonnées professionnellement.
- Derrière la diversité des conceptions de la qualité se manifestent néanmoins des points d'accord : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part.
- La démarche d'accréditation est décisive dans les dynamiques de la qualité (notamment en termes d'initialisation, de généralisation et de valorisation des différentes démarches-qualité déjà entreprises), mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques.
- Il n'y a pas de facteur déterminant, ni de configuration idéale assurant la pérennité et la valorisation des démarches-qualité. Celles-ci semblent plutôt relever d'alchimies singulières, irréductibles à quelques indicateurs.

Ces résultats invitent à faire le deuil de la recherche de conditions partout efficaces de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité. L'inscription de la qualité comme valeur pérenne et reconnue de l'organisation n'en est pas pour autant totalement aléatoire.

L'étude apporte aussi des éléments de discussion sur les moyens de pérenniser et valoriser les démarches-qualité :

- L'idéal est d'entretenir la tension entre procédures et coopération et éviter que le balancier ne se bloque sur l'un ou l'autre de ces pôles.
- Les établissements semblent gagner à venir compléter la mobilisation directe et frontale de tous les personnels sur la seule question de la qualité par la mise en place d'espaces-temps de controverses, de lieux et collectifs de discussion, non uniquement centrés sur la qualité.
- Encore faut-il que la qualité puisse être discutée et non pas instituée au rang de totem sur lequel aucune critique ne paraît possible.

Tous ces résultats et éléments de discussion viennent de l'étude de différentes configurations hospitalières. Cela invite beaucoup moins au scepticisme et au pessimisme qu'à un optimisme raisonné quant à l'idée de formes possibles de pérennisation et de valorisation des démarches-qualité à l'hôpital. Moins la qualité est séparée des autres dimensions du travail hospitalier, moins elle est installée au rang de croyance indiscutable, plus elle est banalisée et plus elle est pérenne et valorisée aux yeux des professionnels hospitaliers, de tous les professionnels hospitaliers.

Introduction : Les termes du problème

« **Comment pérenniser et valoriser les démarches-qualité à l'hôpital ?** ». Derrière l'évidence de l'intérêt qu'il pourrait y avoir à proposer une réponse claire à une telle question, et au-delà de la simplicité apparente de celle-ci (que nous extrayons du libellé utilisé par l'ANAES (HAS¹), se profile **un questionnement aussi important pour l'hôpital qu'il est complexe pour l'analyste**. Selon que les démarches-qualité réussissent ou non à se développer (verbe dont nous pouvons considérer qu'il englobe et prolonge les notions de pérennisation-valorisation) au sein de l'institution hospitalière, les politiques de santé publique hexagonales pourraient ne pas avoir, dans les prochaines années, les mêmes impacts, tant du point de vue de la nature des prestations délivrées que de leurs coûts. À partir d'un contexte de croissance légitime des exigences de soins, dans un cadre de santé toujours plus concurrentiel – où la part du privé va croissant – et avec un système de couverture sociale sur la pérennité duquel pèsent de sérieuses inquiétudes en raison de son déséquilibre endémique, **la thématique de la « qualité » ne peut se comprendre comme une simple réflexion technique sur le management. Elle renvoie, pensons-nous, à une interrogation globale sur les conditions d'existence et d'efficacité d'une politique de santé publique et sur l'avenir de l'institution hospitalière**. Évidemment, il y a là une affirmation que l'on pourrait ne pas partager, considérant, par exemple, que « la qualité » (quelle que soit la définition donnée au terme) n'est jamais qu'une mode venue d'outre-atlantique, un nouveau « rictus » de gestionnaire, qui devrait disparaître, conformément au sort habituel des modes et plus spécifiquement des modes managériales. Tel n'est pas notre point de vue.

Notre inclination² première nous conduit à considérer, même confusément, que les enjeux de « la qualité » à l'hôpital sont essentiels pour tous : patients, professionnels du monde hospitalier, pouvoirs publics. Cet « ethnocentrisme »³, affiché d'emblée, ne doit pas être perdu de vue par le lecteur, surtout lorsque celui-ci trouvera que notre propos prend un tour critique (parfois très critique) à l'encontre de « la qualité ». Dit autrement, et plus clairement encore, c'est parce que la réflexion sur « la qualité » à l'hôpital nous semble être un défi d'importance qui mériterait d'être relevé avec succès par toutes les parties en présence, que nous avons décidé d'engager cette recherche. Il y a là une inclination de départ que d'aucuns pourraient nous reprocher au nom de l'objectivité scientifique ; nous l'affichons et l'assumons malgré tout, en considérant que jamais cette posture ne nous a empêchés d'entendre et de comprendre ce que les acteurs de terrain, ont tenu à nous montrer ou à nous dire. Cette précision donnée, force est de constater que l'importance du sujet n'a d'égal que la complexité des problèmes qu'il soulève.

Au moins deux niveaux de difficultés apparaissent d'emblée et, qui plus est, ils sont enchevêtrés ; l'un est relatif à la terminologie employée, l'autre au champ disciplinaire à partir duquel s'appréhendent les questions. Qu'est-ce donc que « la qualité » et, *a fortiori*, que peuvent bien vouloir signifier les notions de pérennisation et de valorisation de celle-ci ? Le fait de pointer ces complications terminologiques ne peut être assimilé au classique exercice obligé du chercheur qui, généralement, s'emploie à déconstruire les termes qui lui sont proposés pour suggérer ensuite ses propres définitions, réalisant, en cela, une opération à vocation scientifique permettant le passage d'une prénotion à une « notion construite ». En tout premier lieu, **c'est l'observation du terrain qui nous conduit à souligner la friabilité et la polysémie de la terminologie en question**. Après deux années d'investigation et au regard de la multitude des conceptions que nous avons croisées chez nos interlocuteurs lorsque ceux-ci définissent la notion de « qualité », nous ne pouvons que considérer comme très instable ladite notion au sein de l'univers hospitalier. **Du déni de pertinence au rapport quasiment fétichisé, le terme de « qualité » est l'objet d'un spectre de points de vue très ouvert, allant de l'indifférence notoire à l'investissement prosélyte non distancié**. Du coup, ce serait un leurre que de construire notre recherche sur l'idée que « la qualité » fait l'objet d'une définition consensuelle parmi les acteurs du

¹ Le programme de recherche dans lequel nous avons inscrit nos travaux a fait l'objet d'un document d'appel à candidatures en 2003, en une époque où la Haute Autorité de Santé n'existait pas encore ; c'est l'ANAES qui était donc à l'origine de ce document. Dans les développements qui vont suivre, pour des raisons de commodité et sans doute au prix d'une altération de sens, nous utiliserons indistinctement les termes d'ANAES et de HAS pour désigner l'autorité qui a accepté de financer ce travail.

² Par inclination, il faut entendre ce que G. Deleuze (1988) considérait comme la posture obligée, indépassable, de tout analyste. Elle n'est pas une inclinaison – en ce que ce terme désigne « un pli » déjà pris, déjà formé, une position déjà arrêtée – mais simplement un « penchant vers... », une « tendance à... », dont l'affichage de départ ne nuit pas à la nature du travail de recherche sociologique, mais éclaire simplement sa prétention.

³ Le terme « d'ethnocentrisme » est utilisé en référence à R. Rorty (1995) qui lui-même l'emploie pour signifier une position proche de ce que recouvre la notion d'inclination.

champ étudié. Si on ajoute à cette première polysémie, celle des termes de pérennisation et de valorisation, tout devient plus opaque encore ; comment pérenniser (inscrire dans la durée) et valoriser (c'est-à-dire affecter de la valeur, du crédit) à ce que l'on ne connaît pas précisément et donc que l'on ne peut re-connaître ? Parmi toutes les valeurs qui peuvent lui être attribuées, lesquelles s'agirait-il de pérenniser ?

Si l'on opère un déplacement et que l'on tente de regarder cette fois non plus du côté de nos terrains d'investigation mais en direction du champ scientifique, les définitions avancées de la notion de « qualité » ne permettent pas de dégager beaucoup plus de stabilité. Ainsi, les gestionnaires, les économistes, les ergonomes, les sociologues, les ingénieurs de production... ont-ils tous une façon spécifique d'appréhender le débat sur ce thème. Pour les uns, « la qualité » est une technique, une convention, une gestuelle ; pour les autres, c'est une interaction, un process. Du côté des chercheurs aussi, en adjoignant les termes de pérennisation-valorisation à celui de « qualité », on complexifie le sujet en suggérant qu'il pourrait y avoir à trouver une forme d'agencement obligé entre chacun des termes. Par exemple : la mise en valeur est-elle la voie privilégiée de pérennisation de la « qualité » ou au contraire est-ce la pérennisation qui assure la valorisation ? À moins que cela ne soit une pérennisation valorisée d'un changement qui fasse de celui-ci « une action qualité » ? **Pour sortir du dilemme terminologique, qui conditionne la possibilité même d'une problématisation de la question de départ, il nous faut prendre quelques options.**

Tout d'abord, **nous avons retenu de nous situer dans le champ de la sociologie et, plus précisément encore, dans celui de la sociologie des organisations** (entendue au sens large)⁴. Ce choix va camper nos réflexions et orienter notre conceptualisation. En lui-même, il n'est pas meilleur qu'un autre mais il a tout de même pour première vertu de borner notre aire de problématisation. Ainsi, s'interroger sur « la pérennisation-valorisation de la qualité » depuis la sociologie des organisations revient à poser un ensemble d'interrogations qu'un numéro récent de la revue *Sociologie du Travail* tentait, au travers d'un dossier consacré au thème de la qualité, de récapituler (C. Musselin et C. Paradeise, 2002). Les questions qui suivent en sont une traduction⁵ :

- Peut-on accepter l'idée, fréquemment mise en avant par les sociologues, selon laquelle la « qualité » est une façon de « (re)qualifier » le produit, l'organisation et le producteur ?
- Si oui, on peut admettre que les registres de qualification retenus diffèrent selon les acteurs conduits à « qualifier » (producteurs, managers, clients...) et que, du coup, se pose d'une part la question de ce que sont les modes d'ajustements entre ces qualifications plurielles, d'autre part ce que recouvrent les dynamiques au moyen desquelles ils s'opèrent.
- Si « la qualité » est une qualification, ajustée entre acteurs, de ce qu'est le travail, dit autrement, si elle est une qualification commune de ce qui est « juste », de ce que sont les bonnes façons de pratiquer, alors quels types de transformations des pratiques ces « re-qualifications » peuvent-elles induire ?
- Enfin, comment s'opère le glissement qui conduit le changement à affecter d'abord les pratiques professionnelles des uns et des autres avant que celui-ci ne se sédimente au cœur de l'organisation, devenant ainsi pérenne ? Quelle est la part et la forme des mobilisations collectives dans ce mouvement qui conduit de l'acteur au système – à moins que cela ne soit un mouvement inverse qui aille du système à l'acteur ?

4 cf. H. Amblard, P. Bernoux, G. Herreros, Y.-F. Livian, 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil, 1ère édition 1996

5 Au sein de ce numéro, C. Musselin et C. Paradeise (2002, pp 256-260) se livrent à un difficile exercice de synthèse des travaux sociologiques ayant traité de la qualité depuis près de 40 ans. Les auteurs relèvent trois principales directions de recherche. La qualité a d'abord été perçue comme une opération consistant à lever les incertitudes sur les différentes composantes de la production. Ni les produits, ni les producteurs n'ayant de vertus immanentes, et aucun indicateur permettant de les étalonner n'ayant par ailleurs de caractère universel, la qualité fut d'abord pensée par les sociologues comme une construction entre différents partenaires : « qualifier un produit, c'est parvenir à un accord sur les caractéristiques qui le définissent » rappellent les auteurs en citant L. Karpik. La qualité a aussi pu être pensée en sociologie sous la forme d'un processus « d'intermédiations » mêlant plusieurs protagonistes – producteurs, fournisseurs, concurrents, clients, etc. – : elle est alors recherchée et expliquée au travers de ce que certains auteurs (tel M. Callon) nommèrent des « réseaux socio-techniques ». Enfin, à en croire Musselin et Paradeise, les sociologues ont insisté sur un troisième point consistant cette fois à dissocier « prix et qualité ». Établissant le constat qu'un produit coûteux n'est pas forcément de qualité (et réciproquement), les sociologues ont invité à distinguer les différentes instances du marché (le client, le producteur, le fournisseur...), en ce qu'elles distribuent les choses et les gens, pour essayer de retrouver comment s'opéraient, entre ces différentes entités, des mises en équivalence. « Comment connecter la qualification du travail, la qualification des produits et la qualification de la firme ? » se sont par exemple interrogés des sociologues comme F. Eymard-Duverney (*Sociologie du Travail*, 2002, pp. 267).

- Plus largement, on peut également se demander pourquoi les appels, conduits depuis des préoccupations de santé publique, et qui sont en apparence évidents de bon sens, à améliorer le « faire » pour s'approcher toujours plus du « mieux-faire », à optimiser le « bien-être du patient », à « accroître la sécurité », à mieux « maîtriser les coûts », à assurer « la continuité des soins » c'est-à-dire à garantir l'égalité de tous face à la maladie, ne suffisent pas à provoquer une mobilisation générale des professionnels de l'hôpital.

Ces interrogations, pour spécifiques qu'elles soient lorsqu'elles sont adressées au monde de l'hôpital, n'en restent pas moins enchâssées dans un débat plus général qui agite les entreprises et les milieux organisationnels depuis plus d'une vingtaine d'années. À l'heure où les différents mouvements favorables aux démarches-qualité en sont à tirer les bilans de « vingt ans de qualité en milieu industriel »⁶, il n'est pas inintéressant de constater que leur discours n'est pas forcément celui de l'euphorie. En effet, les protagonistes s'interrogent sur ce qui fit de « l'ardente obligation » de la qualité, une sorte de dispositif « instrumental froid », sur cette lassitude qui semble affecter nombre d'acteurs parmi ceux-là mêmes qui ont contribué à installer « l'empire » de la qualité et qui en étaient au départ de fervents partisans. Ce débat, qu'animent, par exemple, des structures comme l'AFNOR⁷, peut se résumer en des termes qui ne sont pas sans rappeler les questions que nous évoquions à l'instant à propos de la situation hospitalière : **pourquoi les évocations de « la qualité », entendue comme un projet dont chacun peut tirer parti puisqu'il est supposé correspondre à une optimisation de la fiabilité des produits et/ou des prestations en même temps qu'à une amélioration des process de production, ne suscitent-elles pas l'engouement généralisé ?** Pourquoi, alors même que les démarches « qualité » sont susceptibles de bénéficier à tous (clients, usagers, producteurs-fournisseurs, ...), celles-ci peinent-elles tant à mobiliser les énergies de tous ? Pourquoi les résistances à ce type d'approche finissent-elles par pousser les managers à évoquer l'idée d'un « combat pour la qualité » ? On le voit, « vingt ans après », les organisations qui se sont engagées dans « la qualité », en sont, malgré d'incontestables résultats, à s'interroger en des termes proches de ceux qui sous-tendent notre propre recherche.

En appui sur ce questionnement, construit donc de façon résolument sociologique, **nous avons conduit une première phase d'investigations en tentant de repérer comment, de leurs côtés, les acteurs de l'hôpital se saisissent des questions relatives à la qualité.** Ce travail devait nous permettre de mieux tester, lors d'une seconde phase de recherche, l'existence d'hypothétiques réponses à la question de la « pérennisation-valorisation de la qualité ». De cette première phase (sur laquelle nous reviendrons dans notre exposé méthodologique), **nous avons tiré une définition de ce que nous désignerons tout au long de nos développements sous le vocable de « qualité »**, chaque fois que nous reprendrons la notion à notre compte. Evidemment, ladite définition n'a pas vocation à se substituer aux autres acceptions possibles de la notion ; elle a seulement pour fonction de camper, provisoirement au moins, ici et maintenant, notre façon de comprendre l'objet et donc de nous en saisir. Cette définition n'est ni le résultat d'un inventaire de la littérature savante sur le sujet (lequel aurait été dressé en amont du travail de terrain), ni l'emprunt pur et simple aux significations qu'en donnent les profanes (les fameuses définitions indigènes évoquées par E. Bonnet, 1994, 1996), mais bien plutôt le produit d'une construction mixte, surgie dans le courant de la recherche. Dit autrement, elle n'est pas une donnée de terrain ni une hypothèse de travail, elle est une fabrication, une sorte de modélisation nous ayant permis, en nous aidant à synthétiser nos observations, d'avancer dans notre raisonnement. Si nous choisissons de livrer son contenu à ce stade de notre présentation, c'est-à-dire selon une chronologie qui ne suit pas le fil de ce que furent nos investissements de terrain – atermoiements compris –, c'est dans le but de faciliter la présentation et la compréhension de nos résultats.

Par « qualité », nous avons donc identifié **une démarche ou une dynamique mettant en tension ou entre-mêlant deux dimensions ; la première correspond à l'application de procédures (référentiels, guides de bonnes pratiques, protocoles, normes en tous genres...) supposées définir les justes manières de faire, « la juste qualification » ou bien encore la « bonne justification »⁸ du travail, la seconde renvoie à des logiques de coopérations (échanges et controverses, connaissances et reconnaissances réciproques, ajustements et attachements (des) collectifs...) entre tous les acteurs concernés (c'est-à-dire non seulement les gens de**

⁶ cf sur ce point le n° 62 de la revue *Qualité en mouvement* (2004) et M. Bellaïche (2004)

⁷ Débat auquel nous avons été convié à participer (Club des adhérents Afnor, « Les enjeux de l'après-certification », Paris- Saint-Denis, mars 2004)

⁸ Ces procédures sont aussi, du même coup, des supports d'évaluation des pratiques.

métiers mais aussi tous les acteurs participant à la définition de l'institution hospitalière entendue comme réseau⁹.

Depuis une telle acception, la notion de **tension**, ou de rapport dialectique, est centrale. En effet, si une polarisation quelconque s'opère sur l'une des deux dimensions, c'est, selon nous, à la rupture de la démarche-qualité¹⁰ que nous assistons. Ainsi, une centration excessive et quasi-exclusive sur les procédures, peut conduire la démarche-qualité à **une formalisation normalisante** des pratiques, une sorte d'imposition de ce qui est « juste » (la force – juridique, hiérarchique, technique... – de la norme fait le juste) et risquer de provoquer des raidissements ou oppositions farouches à ce qui pourrait être vécu comme une mise en ordre autoritaire des pratiques de travail. De l'autre côté et symétriquement, si une dynamique de coopérations n'est appuyée que sur le seul souci de faire groupe, de faire corps, c'est à **un repli de type communautaire (professionnel, territorial, catégoriel...)** auquel on risquerait alors d'assister, sans que celui-ci ne corresponde pour autant à des changements effectifs des pratiques et des représentations de travail, à l'émergence « d'un commun », « d'une juste et commune qualification ».

Ce qui désormais constituera **notre « modèle », à savoir l'idée que la qualité est une démarche mettant en tension deux dimensions celle des procédures et celle de la coopération**, nous a servi de point d'appui pour décliner plus complètement la question relative aux éléments de pérennisation et de valorisation des dynamiques qualité. Ainsi notre interrogation de départ peut s'ouvrir plus largement :

Quelles sont les formes et la place prises par les procédures, les normes et autres supports d'évaluation, dans les établissements hospitaliers ? Comment sont-elles investies par les professionnels, en quoi changent-elles le rapport au travail ? Quelles sont les coopérations qui se mettent en place autour de la chaîne du soin ? Y a-t-il des maillons forts ou faibles conditionnant les attachements entre les différents protagonistes qui font l'hôpital ? Rencontre-t-on dans les organisations hospitalières des espaces fonctionnant comme producteurs de coopérations ? Quand ils existent, quelles sont leurs caractéristiques ? Comment s'organise cette tension entre la mise en procédures de l'activité et les formes de coopération ? Dit en des termes plus directement sociologiques, par quels truchements « la qualification collective de la juste pratique » peut-elle être le fruit d'ajustements et d'attachements entre partenaires ? À quelles conditions des dynamiques d'entrelacement « procédures-coopérations » peuvent-elles émerger ? Pourquoi, quand, comment, les personnels accordent-ils de la valeur, du crédit, à certaines pratiques plutôt qu'à d'autres ? Dans quelles conditions sont-ils conduits à valoriser une façon de faire, à accréditer son bien fondé en somme, au point de vouloir la maintenir et la reproduire ?

Arrêtons-là cette déclinaison pour tenter une dernière reformulation de notre problématique. Répondre à la question avec laquelle nous ouvrons ce document revient, pour nous, à (re)trouver, si elles existent, les conditions d'un **cercle vertueux** (le terme de cercle, préféré ici à celui de chaîne, permet d'éviter l'idée qu'il y aurait une primauté quelconque – chronologique ou autre – d'une phase sur une autre) **qui attacherait ensemble les différentes phases de cette tension entre procédures et coopérations** : mise en discussion controversée des pratiques, requalification du juste travail, sédimentation dans des procédures, mise en œuvre de nouvelles façons de faire (techniques, rites, symboles), incarnation dans des formes organisationnelles des ajustements individuels et collectifs, mise en discussion de ces formes nouvelles et de ce qu'elles provoquent sur les pratiques.

Partons en quête de cet hypothétique cercle vertueux !

⁹ Cette définition relève de champs théoriques particuliers : celui des conventionnalistes (Boltanski, Thévenot, ...), auxquels est empruntée la notion centrale de justification (de laquelle découlent les notions de juste, justesse, justice...), et celui des sociologues de l'innovation (Callon, Latour...) qui fournissent les concepts de controverse, d'ajustement, d'attachement, de réseau.

¹⁰ Maintenant que nous avons suggéré notre définition de la notion, nous n'utiliserons plus les guillemets que nous employions jusque-là.

Conformément à la logique d'exposition suggérée par le cahier des charges de la HAS, **nous organiserons notre présentation en trois temps. Le premier sera consacré à un exposé sur la méthode utilisée.** Deux années durant, nous avons multiplié les rencontres, les observations de services, restitué nos résultats partiels aux personnels rencontrés mais aussi à différents auditoires susceptibles d'être intéressés par nos analyses. Plus d'une centaine de personnes ont été sollicitées en réunion et / ou en entretien, des dizaines de restitutions et confrontations ont été organisées ; à chaque fois, les matériaux recueillis procédaient plutôt d'une démarche que nous campions résolument dans le champ d'une controverse implicate, elle-même relevant de ce que nous nommons une sociologie d'intervention.

La seconde partie sera consacrée à la présentation des résultats de nos investigations. Nous livrerons ici l'ensemble de nos constats, tant ceux qui ont précédé notre construction de la notion de qualité, telle que précédemment définie, que ceux qui ont un rapport direct avec ce que nous croyons être les conditions de possibilité de ce que nous avons nommé le **cercle vertueux pérennisation-valorisation de la démarche-qualité**. Ne pouvant livrer, dans cette deuxième partie, la totalité de nos observations, souvent monographiques, nous laisserons le soin aux lecteurs de retrouver le détail des observations recueillies au sein des services dans les annexes du document. De la même façon, et pour ne pas nous éloigner trop du cahier des charges de l'ANAES qui invite à ne pas produire un document de recherche trop long, nous avons choisi d'expurger le texte de toute citation. Un « florilège » des témoignages recueillis est néanmoins proposé en annexe.

Dans une troisième partie, nous tenterons de soutenir, dans un contexte d'exposé à vocation plus théorique, **la position que nous souhaitons défendre au terme de ce travail et que nous pouvons résumer d'une phrase : la démarche-qualité à l'hôpital ne peut être pérennisée-valorisée que dans une organisation de la tension entre procédures et coopérations** ; pour ce faire, il convient sans doute moins d'investir sur l'émergence d'une sorte de conviction-conversion collective, obtenue à coup de démarches persuasives et ou évaluatives (permanentes ou ponctuelles), que dans la mise en place d'espaces permettant des dynamiques d'ajustements entre différentes (re)qualifications du travail, des attachements organisationnels mêlant des collectifs d'acteurs (anciens et nouveaux, attendus ou inattendus), des procédures, des projets...

Chapitre Méthodologie : Induction, déduction, intervention

L'enquête a été conduite pendant plus de deux ans, de septembre 2003 à janvier 2006, les phases de terrain proprement dites (i.e. dans les établissements) s'étalant de février 2004 à décembre 2005. Eu égard à l'objet que nous entendions approcher (et dont nous avons vu précédemment qu'il était partiellement mal identifié, voire non identifié), notre travail de recherche fut envisagé en deux temps. **Tout d'abord (1^{ère} phase jusqu'en octobre 2004), nous avons opéré à partir d'une logique de type inductif, visant à clarifier les termes de la problématique de la pérennisation-valorisation de la démarche-qualité, tels qu'ils pouvaient apparaître aux yeux des principaux protagonistes de la démarche d'accréditation (1.1): notre échelle d'observation était alors celle des établissements.** Au terme de cette première phase, notre objet s'étant précisé et un premier modèle d'analyse étant construit, il nous était possible de « resserrer » notre focale sur des échelles plus petites (des projets-qualité, des fonctionnements de services) et de **comprendre, dans une démarche de type déductif cette fois, comment les équipes de travail se confrontaient à la question des tensions entre les dimensions procédurale et coopérative de la démarche-qualité (1.2).** Au cours de ces deux phases distinctes, nous nous sommes appuyés sur des formes d'investigation qui empruntent à ce que nous nommons **la sociologie d'intervention** ; nous en présenterons les contours (1.3).

1.1. La première phase inductive

Nous avons prévu dans la réponse à notre appel d'offres de constituer dans chaque établissement des collectifs de recherche, susceptibles de nous guider vers des lieux, des projets-qualité et des personnes intéressants à étudier du point de vue de notre objet, ainsi que de discuter des résultats de nos investigations. Cette modalité de travail s'est finalement avérée difficile à mettre en œuvre : d'abord parce que les professionnels rencontrés, même s'ils se disaient intéressés par un tel dispositif de recherche, se déclaraient aussi tous dépassés par leur charge de travail et notamment par les contraintes de la participation à l'accréditation. Notre présence était acceptée sans réticence dans les groupes d'auto-évaluation ou de travail, mais la constitution de groupes spécifiques pour notre recherche, *ad hoc*, est très vite apparue inconcevable. **Aussi avons-nous choisi de nous adapter à cette première réalité, en participant aux groupes de travail et d'auto-évaluation, aux « commissions », « comités », « cellules » qualité: cette participation nous a finalement offert en de multiples circonstances (généralement, lorsque nous étions amenés à expliquer notre présence et à présenter notre recherche) ce que nous recherchions, à savoir la possibilité d'échanger sur ce que pouvaient être, aux yeux des professionnels, les conditions de pérennisation et de valorisation de la qualité, ou encore les lieux et personnes intéressants à rencontrer. Nous avons alors complété ce mode d'enquête par des entretiens menés soit individuellement, soit conjointement, auprès de certains professionnels approchés dans ces réunions, en se souvenant évidemment que ce mode d'enquête conduisait à interroger des personnes fortement impliquées dans la démarche-qualité, convaincues de sa pertinence, « croyantes », parfois « prosélytes » (la composition du public interrogé est un indicateur de ce biais).**

1^{ère} phase	
Entretiens	40
Participations à des groupes de travail	30
Restitutions de visites	3
Personnes rencontrées en entretien (1^{ère} phase)	
Directions d'établissements	5
Responsables-qualité	8
Directions de soins	3
Médecins	7
Para-médicaux	4
Cadres de soins	6
Soignants	2
Aides-soignants	2
Autres	3
	40

Notons que nous réservons le terme d'entretiens à un moment explicite d'échange et que nous ne décomptons pas sous ce registre les échanges informels, discussions avant ou après une réunion, ou encore en vue de l'obtention d'un rendez-vous, même s'ils n'en constituent pas moins des matériaux intéressants d'analyse. La durée moyenne des entretiens a oscillé entre 30 minutes et 2 heures. Ils ont été conduits de façon semi-directive, selon une trame souple, évolutive au fil de l'exploration de chaque établissement. L'entretien commençait certes généralement par une demande de description rapide de la carrière et de la position professionnelle dans l'organisation, mais laissait ensuite les professionnels très libres de la façon dont ils entendaient parler de la « qualité », des démarches-qualité, des démarches d'accréditation, de ce que ces démarches pouvaient impliquer ou non pour eux dans leur quotidien et leur activité professionnelle. Par l'absence de grille d'entretien rigide et formelle, il s'agissait de ne pas suggérer de hiérarchisation implicite de ce qui pourrait apparaître important ou essentiel dans l'approche des démarches-qualité. Chaque entretien veillait néanmoins à recueillir des données susceptibles de faire l'objet d'un traitement comparatif intra- et inter-établissements (histoire de la qualité et de l'accréditation dans l'établissement, implication personnelle du professionnel dans cette histoire, place de la qualité dans le faisceau de tâches et dans l'organisation du service et de l'établissement, appréhension des intérêts et des limites de cette démarche, perceptions des facteurs susceptibles de favoriser ou bloquer sa pérennisation et sa valorisation).

Sans revenir sur les raisons de notre premier choix d'établissements étudiés (cf. rapport intermédiaire), rappelons que dans cette première phase (jusqu'en octobre 2004) :

- **Nous avons exploré très profondément (et conformément aux phases 2 et 3 prévues dans notre réponse à l'appel d'offres) deux établissements « premiers de la classe », labellisés « sans réserve et sans recommandation » pendant la V1 et en phase de test de la V2 : un grand CHU et une structure PSPH.**

Le travail d'enquête a ici consisté à suivre le travail de préparation au test de la V2 (groupes d'auto-évaluation réunis sur des références ou des spécialités d'intervention, réunions de synthèse des réflexions des groupes d'auto-évaluation, réunions de préparation de la visite), à assister aux restitutions des experts-visiteurs, à conduire en parallèle des entretiens collectifs et individuels auprès des différents personnels impliqués dans les groupes de travail sur la qualité.

- **Nous avons aussi entamé des explorations dans 9 autres établissements qui étaient engagés à différents stades de la V1 (avant, pendant, après la visite, dans l'attente ou après la publication du rapport d'accréditation) et qui avaient aussi des images beaucoup moins « glorieuses » dans la réussite de la qualité et/ou de l'accréditation que les établissements « sans réserve ni recommandation ».**

Dans ces établissements, l'exploration a été inégale : dans un premier établissement (un CHU), nous avons opéré le même travail (observations de réunions, entretiens collectifs et individuels) que dans les deux établissements précédemment cités. Dans les huit autres, les contacts ont été plus restreints : nous y avons généralement rencontré des membres de l'équipe chef d'établissement / responsable-qualité / cellule-qualité, avons conduit quelques entretiens, mais de façon moins généralisée que pour les trois établissements précédents. Il s'agissait surtout de négocier des contacts éventuels pour la 2nd phase de l'étude. Cette précaution s'est révélée justifiée puisque les aléas de notre enquête (cf. infra 1.3.) ont fermé nos deux premiers terrains à ce que nous avons défini comme la suite idéale de nos investigations.

1.2. La seconde phase déductive

La seconde phase d'étude (après le rapport intermédiaire) était initialement pensée autour :

- **d'une discussion dans chaque établissement des éléments de notre rapport intermédiaire ;**
- **et sur cette base, d'une exploration approfondie de lieux (services, départements, pôles,...) ou de projets donnant à voir différentes formes de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité.**

Là encore, la méthodologie imaginée en premier lieu a dû être redimensionnée. Dans les établissements où nos contacts privilégiés (chefs d'établissements et/ou responsables qualité) avaient souhaité lire notre rapport intermédiaire avant d'imaginer les formes d'une restitution orale plus large (ce qui était le cas de nos premiers établissements « premiers de la classe » qui avaient fait l'objet de toute notre attention jusque-là), notre envoi a été suivi d'un silence

total de nos interlocuteurs (aucune réponse à nos relances téléphoniques et courriels)¹¹. Dans les établissements où avait été directement choisi le principe d'une restitution orale, notre compte-rendu a eu des effets contrastés, au-delà de l'intérêt proprement scientifique qui lui était reconnu : il a généralement provoqué de la déception et de l'irritation, notamment chez les responsables-qualité, parfois aussi de l'enthousiasme chez ceux qui pensaient avoir vu leur point de vue conforté par nos hypothèses. Les premiers nous reprochaient de casser les dynamiques qu'ils avaient tant de mal à mettre en œuvre, de « désenchanter » leur travail ; les seconds au contraire y voyaient la fin d'une mythification autour d'une démarche, certes intéressante, mais pas nécessairement « magique ». Quelles que soient les raisons de ces réactions, nous avons été obligés de réorienter nos investigations sur des établissements où les professionnels ne s'étaient pas montrés trop irrités par nos premiers résultats et où ils acceptaient encore notre présence.

Nous avons donc travaillé dans la 2nde phase (étude de services particuliers, confrontation des résultats à des collectifs de travail) dans le cadre d'établissements différents de ceux que nous avons principalement étudiés dans la 1^{ère} phase. **Nous avons ainsi exploré en profondeur (études monographiques) trois terrains :**

- Une première monographie porte sur un hôpital gériatrique public, initialement peu investi dans les démarches-qualité, mais ayant été accrédité sans réserve et sans recommandations en 2002. L'étude a consisté en une interrogation des différentes lignes hiérarchiques : directeur, responsable-qualité, directeurs adjoints, chefs de service, médecins, directeurs de soins, cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants.

- Une seconde porte sur un service d'odontologie dans un hôpital psychiatrique public, un service qui a une histoire ancienne avec les démarches-qualité, qui a été pointé comme un point fort par les experts-visiteurs lors d'une visite pourtant « tumultueuse » (accréditation de l'établissement avec réserves et recommandations).

- Une troisième porte sur un département de pédiatrie dans un grand CHU, accrédité avec réserve et recommandations. L'étude a porté sur l'étude de plusieurs services de ce département, en se centrant principalement sur les personnels non-médicaux.

Ces trois monographies, conduites chacune dans la durée (sur plusieurs semaines ou mois), ont été complétées par la conduite d'entretiens dans les autres établissements contactés dans la première phase.

2nde phase	
Entretiens	41
Journées d'observations	19
Restitutions de résultats	8

Personnes rencontrées en entretien (2nde phase)	
Directions d'établissements	2
Responsables-qualité	1
Directions de soins	1
Médecins	5
Para-médicaux	3
Cadres de soins	7
Soignants	8
Aides-soignants	7
ASH	3
Personnels administratifs	2
Personnels éducatifs	2
Autres	
	41

¹¹ cf. notre présentation en 3.3. (encadré « Quand la dissonance devient déviance »).

Au final, nous disposons de six ensembles de matériaux homogènes :

- 3 études (1^{ère} phase) de suivi de processus d'accréditation.
- 3 monographies (2nde phase).

On notera ici que si les établissements concernés sont variables par la localisation (régions Ile-de-France et Rhône-Alpes), la taille, le type (CH / CHU / PSPH), la spécialité, ce sont tous des établissements publics. Nous n'avons pas réalisé de terrain approfondi dans des établissements privés, nos premiers contacts n'ayant pas été poursuivis.

S'ajoutent à ces 6 ensembles de matériaux, les entretiens et observations, conduits dans le cadre de l'enquête, mais n'étant pas assez nombreux à l'échelle de chaque établissement, pour donner lieu à une monographie.

S'ajoutent aussi tous les échanges produits dans nos restitutions de résultats, soit dans les établissements, soit dans des journées d'étude, notamment :

- 6^{ème} journée régionale du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine), octobre 2004
- Restitution AFNOR, « Les enjeux de l'après-certification », Paris- Saint-Denis, mars 2004
- Restitution Ecole de Santé Publique de Bruxelles, juin 2005
- Restitution Mouvement Français pour la Qualité, juin 2005

S'ajoutent enfin les matériaux que nous avons recueillis dans la même période mais pour d'autres études. Nous pensons notamment aux matériaux d'une enquête sur la Nouvelle Gouvernance Hospitalière (Herrerros, Milly, 2005) qui nous a permis d'explorer quatre autres établissements et d'interroger 58 professionnels. Les thèmes de la qualité, de sa pérennisation et de sa valorisation, n'étaient évidemment pas alors centraux dans nos modes d'interrogation, mais il nous est souvent arrivé d'évoquer les situations locales de la démarche-qualité, de tester nos hypothèses sur les conditions de sa pérennisation et de sa valorisation.

1.3. La sociologie d'intervention et ses aléas

S'il n'est pas notre propos de développer largement ce que recouvre cette forme de sociologie¹², on indiquera ici quelques-unes de ses grandes lignes pour situer comment nous l'avons déclinée sur nos terrains.

La sociologie d'intervention peut se comprendre comme une démarche préoccupée des usages sociaux qui peuvent être faits d'elle-même. En d'autres termes, la recherche est comprise comme une « intervention » c'est-à-dire un acte qui consiste à venir se placer parmi les acteurs d'une situation (venir entre ou intra-venir) non seulement avec l'intention de comprendre ce qu'elle recouvre de significations mais aussi avec le projet de faire en sorte que ladite compréhension puisse avoir des répercussions sur la situation analysée. **Ainsi, le sociologue n'a plus comme seule préoccupation de produire une connaissance (serait-elle modeste) « sur son objet » (dans un rapport d'extériorité à la « chose » étudiée) mais il s'efforce de faire en sorte que les analyses produites puissent retourner à ceux qui en étaient à l'origine et qui, au bout du compte, en sont aussi les destinataires.** En des termes plus épistémologiques (et empruntés, par exemple, à des auteurs comme A. Giddens), on peut dire que la sociologie d'intervention revendique sa double réflexivité. Elle « réfléchit » ce qu'elle étudie, c'est-à-dire que non seulement elle construit une image de ce qu'elle saisit, mais l'image en question est comprise comme un ferment, un constituant de ce qui est saisi. Ainsi et pour illustration, dit-on souvent, depuis une telle perspective, que la modernité est analysée en même temps qu'elle est construite (c'est-à-dire produite ou fabriquée) par les sociologues qui en étudient l'émergence. Se placer dans une telle posture de recherche induit une série de conséquences pratiques sur les formes prises par les investigations de terrain. Le sociologue ne se définit plus comme un simple agent de recensement, consignait fidèlement (ou « objectivement ») ce qu'il observe depuis une distance qu'il imagine garante de sa neutralité. Différemment, il se « frotte » à son terrain en sachant qu'il provoque toujours, ce faisant, même très modestement et très marginalement, des réactions sur ledit terrain. Ici, ses interlocuteurs qui ne se posaient pas les questions qu'il leur adresse, en viennent à interroger (au moins au cours de l'échange) leurs pratiques sous un angle

¹² cf. G. Herrerros, 2002, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Erès

inhabituel. Là, lors d'une restitution de ses analyses, le sociologue déclenche des réactions auprès de son auditoire. **Quelles qu'elles soient – adhésion, rejet, circonspection, ... –, elles affectent les acteurs de la situation.**

Ce mécanisme de la double réflexivité (mouvement par lequel la connaissance produite provoque des réactions, lorsqu'elle est retournée aux acteurs, et par là même induit une transformation de la situation étudiée) correspond non seulement à une intervention (et, en cet instant, la recherche ne peut être assimilée à une simple contemplation sans effet induit) mais il fournit aussi une occasion supplémentaire d'engranger des connaissances grâce aux déplacements (seraient-ils minimales) qu'il a provoqués. En ce sens, cette sociologie d'intervention, correspond à ce que K. Lewin appelait la recherche-action. Cette façon de penser la recherche est fréquemment très mal comprise et trop souvent assimilée à une opération au moyen de laquelle le chercheur entendrait agir sur ce qu'il étudie. La recherche-action n'est pas, d'abord une recherche qui peut, ensuite, être utile à l'action. Elle est un procédé de connaissance par lequel ce qui est étudié est identifié et compris justement au travers du mouvement-déplacement que la recherche provoque. **Dit encore autrement, c'est en faisant bouger ce qui est étudié que l'on se donne le plus de chances de percevoir ce qu'en sont les principales caractéristiques, les contours les plus nets.**

Dans le cas de la présente recherche, **ce choix d'une sociologie dite d'intervention nous a conduit à retenir quelques postures type. Lors des entretiens, tout d'abord, nous avons retenu le parti d'un échange, d'une conversation et non pas opté pour une stricte consignation.** Chaque fois que possible (toutes les situations ne s'y prêtent pas forcément), nous avons cherché à débattre avec nos interlocuteurs, nous plaçant dans des registres argumentaires susceptibles de nourrir une controverse. Notre objectif ici, outre le fait que nous ne tenions pas à afficher le profil de chercheurs neutres, campés sur leur réserve (ce qu'aucun chercheur n'est jamais vraiment même s'il entend se faire passer comme tel), consistait à faire sortir les personnes rencontrées de la gangue du discours officiel ou convenu sur la qualité. Qui peut, en effet, *a fortiori* lorsque l'on grimpe sur l'échelle hiérarchique, s'afficher ouvertement hostile à la démarche-qualité – quelle que soit, par ailleurs, la définition que chacun peut donner à ce terme – ? Donnons quelques illustrations. Ici, c'est un directeur d'établissement qui, après avoir exprimé son soutien à la démarche proposée par l'ANAES, sous l'effet de l'échange, accepte peu à peu de se laisser voir assez résolument hostile à la procédure de la démarche d'accréditation. Là, ce sont des experts visiteurs qui évoquent la visite comme un moment décisif, très objectivant, puis, au cours de la controverse que nous leur proposons, leurs discours évoluent sensiblement : l'objectivité de la visite apparaît alors fortement entachée d'un « effet Potemkine » assez systématique (le pont du navire brille de façon inhabituelle) ; la part d'artifice, la place du « as-if » (tout se passe comme si) se trouvent soulignées de façon inattendue. Ailleurs, ce sont des soignants qui après avoir affiché l'attitude conforme d'un soutien sans réserve à la démarche-qualité finissent par évoquer leur lassitude et leur circonspection à ce sujet. Dans une autre situation encore, c'est un président de CCM qui après nous avoir accueilli « en chercheurs de l'ANAES » et livré le propos qu'il imaginait être conforme à celui attendu (propos louant les vertus de la démarche-qualité), finit par s'ouvrir et se met à tempêter contre les gestionnaires, leur insupportable « langue rennaise » et « tous ces bureaucrates de l'ANAES qui ne connaissent rien au fonctionnement d'un service ».

Parallèlement aux entretiens, conçus sous la forme de l'échange et de la discussion ouverte, nous avons également multiplié les situations de restitution. Ainsi, sous forme orale ou écrite, nous avons, aussi fréquemment que possible, retourné nos analyses (même si elles n'étaient que partielles) à des collectifs d'acteurs. Là encore, l'objectif recherché était de provoquer du déplacement chez nos interlocuteurs. Leurs réactions nous ont grandement aidé à percevoir certaines dimensions des positionnements suscités par la question de la qualité. La vivacité et la radicalité des débats attenants à nos restitutions attestent, par exemple, de la passion avec laquelle les projets de démarche-qualité sont généralement abordés par ceux qui en sont les porteurs et, du coup, ils laissent entrevoir que ladite passion n'est pas toujours porteuse d'une dynamique « raisonnable ». Derrière la passion, le « fétiche » n'est pas loin ; nous débattons de cette question plus loin (cf. partie 3.3.).

C'est donc à partir des postures méthodologiques de la sociologie d'intervention qu'il convient d'interpréter nos matériaux. **Tout au long de notre travail, nous avons tenté d'observer notre objet en le « bousculant » ; le faire bouger pour mieux le voir. Bien sûr, ce que nous avons collecté relève des inflexions de notre démarche, mais cela n'enlève en rien au fait que nos données illustrent avant tout « l'état des lieux » étudiés.** Ainsi, le rendu des analyses contenues dans notre rapport intermédiaire, conduisant, d'une part, certains terrains à se dérober ou à se montrer un peu moins coopératifs et, d'autre part, des acteurs à nous accueillir plus volontiers, atteste des effets de méthode, des « artefacts » mais surtout, il révèle ce que les questions relatives à la qualité à l'hôpital recèlent de complexités et de tensions. Les résultats qui suivent témoignent de cette même logique.

Chapitre Résultats :

Conditions de pérennisation et valorisation des démarches-qualité

Précisons avant toute chose que la notion de résultats, que nous empruntons au vocabulaire suggéré par « le cahier des charges de la HAS », ne doit pas laisser entendre que l'exposition qui va suivre pourrait se présenter sous la forme de tableaux contenant des données aussi lisses que peuvent l'être, par exemple, les chiffres d'une série statistique quelconque. La nature même de notre travail se prête mal à ce type d'exposé. Les « faits » que nous allons livrer, et qui sont déjà – soulignons-le au passage – des constructions et des analyses en actes, ont une forme de rugosité, contiennent des aspérités, qui n'ont pas grands rapports avec ce que l'on pourrait appeler des « résultats clairs et nets ». Ils ne se laissent pas aisément enfermer dans des tableaux et, dans leurs dimensions parfois contradictoires, ils peuvent même jeter le trouble. Bref, ils n'ont rien de têtus et, du coup, contrairement à la formule qui suggère que « les faits ne se discutent pas » (justement parce qu'ils sont têtus), ils sont déjà en eux-mêmes une invitation à la discussion contradictoire – que nous réservons, conformément aux suggestions de la HAS, pour le « chapitre discussion » de notre rapport.

Dans la même perspective, soulignons que le terme « conditions » ne doit pas être entendu ici selon le sens mathématique de facteur déterminant, « nécessaire » et / ou « suffisant » (« x est une condition de y » revient à dire que « y n'existe que si et seulement si x est présent »). **Nous ne dégagerons pas des facteurs relevant de caractéristiques des établissements et / ou des services, pôles étudiés (taille, type, spécialité d'exercice, localisation, ...) et censés être, à eux seuls ou principalement, des déterminants d'une pérennisation et d'une valorisation de la qualité.** Et ce pour au moins deux raisons essentielles. La première est méthodologique : une telle perspective obligerait à trouver des indicateurs « objectifs » et absolument incontestables (ce que nous ne pensons pas possible) de pérennisation et de valorisation des démarches-qualité et à tenter de les isoler, puis de les corrélérer, avec des méthodes de type quantitatif avec les caractéristiques des établissements. La seconde raison est sociologique : depuis l'échec fameux de l'ingénieur Taylor pensant avoir trouvé les déterminants d'une organisation efficace et scientifique du travail, les sociologues des organisations ne croient guère en la possibilité de trouver des déterminants d'un changement organisationnel réussi. **Au demeurant, nos investigations ne nous ont jamais laissé penser qu'il y aurait des facteurs de taille, de type (CH, CHU), de spécialité d'exercice, ... dans les établissements, les pôles ou services étudiés, qui, mécaniquement, favoriseraient ou provoqueraient une pérennisation et une valorisation de la démarche-qualité.** Par exemple, contrairement à certains présumés rencontrés chez quelques-uns de nos interlocuteurs, les petits établissements ne semblent pas plus/mieux à même de pérenniser les différentes démarches-qualité en leur sein : la petite taille peut certes favoriser la coopération, lorsqu'elle s'accompagne d'un « esprit d'établissement », mais elle peut aussi la bloquer, lorsqu'elle rime avec localisme, népotisme, interférence entre vie professionnelle et vie privée, et tous les conflits qui vont de pair. La pérennisation et la valorisation des démarches-qualité semblent dès lors plutôt relever d'une combinaison des caractéristiques, d'une alchimie compliquée. **Plutôt qu'au sens de déterminant, de facteur, nous utiliserons donc le terme de « conditions » au sens de « configurations » favorisant ou défavorisant la pérennisation et la valorisation de la qualité.**

Si la notion de « configurations » nous paraît pouvoir rendre compte de cette alchimie qui conduit ou non à une pérennisation-valorisation des démarches-qualité à l'hôpital, si elle permet « d'organiser » *a minima* la lecture et la réflexion sur ce qui est entrepris ici et là, il nous faudra tout d'abord **visibiliser ce que recouvre de diversité la thématique de la qualité dans l'univers hospitalier (2.1)**. Ensuite, nous nous attacherons à montrer **en quoi la procédure d'accréditation, ses conditions de mise en œuvre, nous semblent avoir des effets décisifs sur les dynamiques qualité (2.2)**. Enfin dans un troisième temps, en appui sur la notion de « configurations » nous essaierons de mettre en lumière **les éléments qui permettent de dégager un « modèle » d'analyse proposant de lire la dynamique qualité comme une tension entre procédures et coopération (2.3)**.

2.1. Les visages multiples des dynamiques qualité

La démarche-qualité englobe des expériences extrêmement diverses dans les établissements hospitaliers ; depuis le dispositif d'accréditation qui concerne tous les établissements jusqu'aux démarches de certification beaucoup plus exceptionnelles, en passant par des projets-qualité plus ou moins formalisés et institutionnalisés, les formes d'actions varient selon les lieux, les équipes. À chaque fois, les contours de la pérennisation et de la valorisation de la qualité diffèrent et, selon les champs d'action ou d'application (établissement, département, pôle, service, ...), selon les acteurs attenants (les groupes transversaux d'un établissement, les équipes d'un service...), telle ou telle inflexion sera donnée à la démarche-qualité. Evidemment, « l'idéal » d'une démarche-qualité serait qu'elle parvienne à articuler les différents niveaux et groupes d'acteur, dans une dynamique globale. Si c'est parfois le cas, cette articulation reste, le plus souvent, assez problématique. Ainsi, **certains hôpitaux qui réussissent à initier, puis à pérenniser et valoriser une démarche-qualité à l'échelle de la totalité de l'établissement (en profitant, par exemple, de la procédure d'accréditation), peuvent ne connaître aucune démarche-qualité infra-locale. Inversement, des établissements qui fourmillent, sur cette thématique, d'initiatives très localisées peuvent très bien connaître d'énormes difficultés à développer la démarche-qualité à l'échelle de l'hôpital** ; on trouve par exemple, dans ces derniers, des services récompensés par des prix-qualité, alors même que l'établissement est accrédité avec de nombreuses recommandations et parfois des réserves majeures.

Les dynamiques engagées dans les différentes formes de démarche-qualité ne sont pas les mêmes, elles n'engagent ni les mêmes champs d'action, ni les mêmes groupes d'acteurs. Les démarches-qualité qui affectent l'ensemble d'un établissement, du type de l'accréditation, mobiliseront généralement plus facilement les personnels qui se trouvent en position transversale : directions (notamment direction générale, direction de la qualité, quand elle existe, direction des soins), médecins présents dans les organes de représentation de l'établissement (CCM, CME, CLIN, commission qualité, ...), cadres supérieurs de soins ; inversement, elles ont généralement beaucoup de difficultés à mobiliser – sauf à le faire de façon autoritaire – les membres des « équipes » (chefs de service, cadres, soignants, aides-soignants, agents de service). Les démarches-qualité plus localisées inversement, s'appuient principalement sur ces équipes, parfois extrêmement mobilisées dans la qualité, et ne mobilisent que très marginalement les personnels « transversaux » (au mieux ces derniers sont-ils tenus au courant de ces démarches-qualité et appelés à les soutenir symboliquement et/ou financièrement). Evidemment, ces situations sont extrêmes et l'on retrouve aussi des chefs de service, des cadres ou certains soignants, extrêmement mobilisés dans le cadre d'une démarche-qualité à l'échelle infra-locale et prêts à s'engager dans une démarche-qualité à l'échelle de l'établissement. Nous voulons néanmoins souligner que ce cas est loin d'être général et que **la relation entre implication dans une démarche-qualité d'établissement et implication dans une démarche-qualité infra-locale est loin d'être bijective chez les acteurs hospitaliers. Dans cette perspective, il est certain que les formes de pérennisation et de valorisation observées dans nos différents terrains varient très largement selon les niveaux qu'elles concernent.** C'est d'ailleurs dans cette optique qu'il était absolument essentiel pour nous, après avoir observé des démarches-qualité à l'échelle d'établissements (1^{ère} phase) de porter notre regard sur des expériences plus localisées (2nde phase).

Par ailleurs, il est certain que **les démarches-qualité ont des contenus extrêmement différents et sont dès lors extrêmement difficiles à comparer**, encore plus à subsumer sous une même dynamique. Dans tel service, le projet-qualité met l'accent sur l'établissement de nouveaux protocoles de soins afin de respecter les guides de bonnes pratiques établis par la profession. Dans tel autre, l'action insiste sur la nécessité d'accorder un meilleur accueil au patient et/ou à sa famille, en leur fournissant une meilleure information, en travaillant à un recueil plus systématique de leur consentement éclairé. Ailleurs, il s'agit de réfléchir globalement au respect de la confidentialité et de l'anonymat, à l'établissement d'un dossier de soins unique, au circuit des médicaments, au respect des normes d'incendie, au stockage des matériels, à l'élimination des ordures etc... Dans telle unité, il s'agit surtout de parvenir à écrire des normes et à les respecter alors que dans tel autre pôle ou département, il est surtout question de parvenir à discuter entre professionnels. Bref, en dehors de leur dénomination commune et de leur but affiché d'amélioration de la qualité, toutes ces démarches sont différentes dans les prestations qu'elles visent comme dans les formes qu'elles revêtent. **Pourtant, au-delà de cette diversité, ne peut-on pas identifier des dynamiques qui leur seraient communes ?**

Il nous semble que oui : **dans les entretiens recueillis, comme au sein des situations analysées, par-delà la diversité des points de vue sur la qualité et des pratiques de qualité, se profile l'apparition constante d'une dialectique, d'une tension entre la place des procédures et celle de la coopération professionnelle.** Cette constance ne signifie pas pour autant qu'il y aurait une convergence de tous les professionnels hospitaliers vers un modèle unique de représentation de la qualité, une forme de (re)conversion des pratiques professionnelles à un esprit

unique de la démarche-qualité : **ce n'est qu'un point commun à des représentations qui restent multiples**. Avant d'explorer les tenants et les aboutissants de ce point commun (sans aucun doute central pour pérenniser et valoriser la qualité), un rapide retour sur les visions indigènes¹³ de la qualité (déjà évoquées dans notre rapport intermédiaire¹⁴) paraît donc essentiel.

Nous avons noté, au terme de notre première phase de recherche, que la qualité faisait l'objet de perceptions extrêmement diverses au sein des publics hospitaliers. Quinze mois plus tard, alors même que nous avons déplacé notre attention des personnes les plus impliquées dans la conduite des démarches-qualité (qui plus est souvent dans des établissements ayant été accrédités sans ou avec peu de réserves et de recommandations) vers l'observation de services et la rencontre de personnels moins impliqués dans des établissements parfois moins « côtés », nos premiers constats se trouvent renforcés. Les visions indigènes restent plurielles et l'après-accréditation ne se traduit pas par la disparition de cette pluralité. Outre l'omni-présence de la double thématique interrogeant la constitution ou le recours aux procédures de travail et les formes de la coopération professionnelle, on peut distribuer la variété des propos¹⁵ sur la démarche-qualité à partir de deux entrées distinctes : les perceptions négatives de la qualité-HAS, l'opposition entre les visions théoriques et les visions pratiques de la qualité.

Quelques « visions indigènes » de la qualité

Les perceptions négatives de la « qualité-HAS »

On note généralement chez les professionnels hospitaliers **une opposition parfois diffuse, beaucoup plus nette à d'autres moments, à la « démarche-qualité ANAES ou HAS »**. Cette opposition que nous avons repérée sur nos premiers terrains, même si c'était souvent de façon modérée, s'est manifestée de façon beaucoup plus vive dans notre seconde phase de terrain.

Nous pensons d'abord aux **agents de service hospitaliers**, aux **aides-soignants** et, dans une moindre mais néanmoins large mesure, aux **infirmiers** que nous avons rencontrés dans quelques-uns des services monographiés (voir notamment Bêta et Gamma) : on retrouve ainsi régulièrement des qualificatifs très négatifs, tels « factice », « hypertrop-procédural », « abscons », « américain », « gavant », « pas à notre portée », « sans intérêt », ... dans leurs discours. **Quand elle n'est pas méconnue, la HAS est perçue par ces professionnels au travers des experts-visiteurs et du souvenir de leurs passages dans l'établissement** (passage dans le service, éventuellement restitution finale), **vécus le plus souvent comme fulgurants, inquisiteurs et autoritaires** (les experts sont d'ailleurs régulièrement dénommés « inspecteurs »). À travers cette vision lointaine de la HAS et de ses experts, c'est parfois toute la démarche d'accréditation et parfois le principe même de la démarche-qualité qui leur paraissent discréditées, même si la démarche-qualité provoque des jugements généralement plus nuancés chez ces personnels (reconnaissance plus ou moins affirmée de l'utilité des procédures et de la coopération interprofessionnelle).

Nous pensons aussi à des discours de **directeurs d'établissement** et de **responsables qualité dans des établissements ayant eu des « mauvaises surprises » dans la phase d'accréditation** (réserves et recommandations nombreuses et/ou inattendues et/ou jugées injustes) : la négativité du souvenir de la visite et du rapport d'experts tend alors à se porter sur l'ensemble de la démarche d'accréditation et sur l'instance qui la porte. **Si l'intérêt de la démarche-qualité est rarement remis en cause chez ces acteurs, sa supposée transposition dans la démarche d'accréditation est très souvent contestée**. De façon plus générale, sans remettre directement en cause la pertinence de la démarche d'accréditation et de la démarche-qualité défendue par l'actuelle HAS, beaucoup de nos interlocuteurs, chez les directeurs d'établissements, ont aussi mis l'accent sur **les effets néfastes de la multiplication des réformes et le flou des priorités politiques**. **C'est d'abord la multiplication des réformes qui est dénoncée** et ses conséquences sur la difficulté de conduire et/ou pérenniser une démarche-qualité : accréditation-certification, tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, SROS, ... Si les premiers établissements lancés dans l'accréditation ont pu conduire successivement les différentes réformes, les directeurs des établissements lancés plus tardivement et les personnels de ces établissements ont l'impression d'avoir tout à gérer en même temps, ce qui n'est pas sans conséquence sur leurs perceptions de la démarche-qualité (confusion parfois avec la tarification à l'activité) et sur leur niveau d'implication. Par ailleurs, beaucoup des acteurs rencontrés mettent en cause **la non cohérence des politiques ministérielles et/ou l'absence de continuité dans les objectifs poursuivis**. Les changements de dénominations entre ANAES et HAS,

¹³ L'expression est empruntée, rappelons-le, à E. Bonnet (1994, 1996).

¹⁴ Rapport, situé en annexe 5, que nous ne saurions trop recommander au lecteur de lire, avant de s'emparer de ce texte définitif.

¹⁵ Pour des extraits de ces propos, on renvoie le lecteur au florilège de citations placé en annexe 4.

accréditation et certification, sont au mieux considérés comme les manifestations du manque de courage de tel ou tel ministre de la santé, au pire considérés comme les signes que la démarche-qualité n'a guère d'importance aux yeux du Ministère, le mieux et le pire étant ici évalués au regard de leurs conséquences sur la pérennisation de la démarche-qualité dans chaque établissement.

Mais c'est surtout l'incompatibilité des réformes qui est dénoncée. Pour la très grande majorité des personnels, les objectifs de qualité et de maîtrise des coûts sont notoirement incompatibles ; c'est évidemment la tarification à l'activité et le contexte de restriction budgétaire qui font l'objet des plus grandes récriminations des professionnels hospitaliers. Les aides-soignants et les infirmiers soulignent souvent les contraintes de matériel qui les obligent à ne pas respecter certains protocoles ; ils soulignent aussi le manque de personnels qui les obligent à aller plus vite, à passer outre ce qui leur paraît être l'essentiel de la qualité (le temps passé auprès du patient) ; la plupart des médecins s'interrogent sur les conséquences des tarifs T2A sur la qualité de certains actes techniques : le rendement doit-il être privilégié sur la qualité ? Que fera-t-on des spécialités peu rentables en termes de T2A (gériatrie, long séjour par exemple) ? Quid de la continuité et de l'équivalence des soins (entre secteur public et secteur privé) censées être offertes à la population du bassin sanitaire ? Autant de questions qui, aux yeux de certains (notamment les responsables-qualité), ne touchent pas spécifiquement la question de la qualité, mais qui, aux yeux d'autres, y sont directement reliées, pour peu que l'on ne donne pas une définition trop abstraite de la qualité, pour peu que l'on ne sépare pas cette définition de la qualité de ce qu'il se passe réellement sur le terrain.

Quelques « visions indigènes » de la qualité

Visions théoriques versus visions pratiques

Nous avons aussi retrouvé dans notre 2nde phase d'étude **l'opposition nette de représentations sur la qualité entre ceux qui se définissent comme des praticiens de la qualité** (médecins, soignants) **et ceux que ces derniers définissent comme les théoriciens et les rhéteurs** (administratifs, responsables qualité, directions de soins), **ainsi que des visions catégorielles** (liées aux appartenances professionnelles) de la qualité. Nous ne reprendrons pas ici en détail ces oppositions : chacun de nos lecteurs est invité à relire le rapport intermédiaire (pp. 18-21), se reporter à nos différentes monographies pour repérer les degrés de ces oppositions en les situant par rapport à des pratiques et des discours précis, en les situant aussi dans le cadre d'organisations et de services particuliers. Ces pages du rapport intermédiaire ou la présentation que nous avons pu en faire à différentes reprises dans nos restitutions intermédiaires, ont pourtant fait beaucoup réagir (cf. chapitre méthodologique). Mais ce que nous avons considéré comme une première ébauche des positionnements professionnels (au risque assumé d'être caricaturaux) nous semble avoir été confirmé par les observations de la seconde phase de recherche.

Quelques figures classiques sont encore et toujours très régulièrement mobilisées pour situer les positionnements des différents professionnels de l'hôpital face à l'accréditation :

Les directeurs d'établissement et les responsables-qualité sont décrits comme des « militants-croyants-prosélytes » de la démarche-qualité et de l'accréditation, notamment sous sa forme coopérative : il s'agit notamment de décroquer l'hôpital, de dynamiser les citadelles mandarinales et les frontières catégorielles.

Les médecins – au premier rang desquels les PUPH – sont décrits, comme des « mandarins », des « divas », foncièrement réticents à la démarche-qualité parce que centrés sur la performance de leurs actes techniques et aussi convaincus de faire de la qualité depuis des années. La qualité est privilégiée sous sa forme « évaluation des pratiques » à partir de standards élaborées par les pairs, les sociétés savantes.

Les para-médicaux (radiologues, biologistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, ...) sont perçus comme plus ouverts aux différents principes (tant procéduraux que coopératifs) de la démarche-qualité, parce que moins centrés sur un service et plus habitués à la coopération interprofessionnelle et au contrôle externe de leurs pratiques.

Les cadres soignants sont décrits comme de farouches partisans d'une démarche qui leur permet d'uniformiser et standardiser les pratiques des soignants qu'ils encadrent. La démarche-qualité est valorisée sous sa forme du contrôle de l'application des règles.

Les soignants sont décrits comme récalcitrants à une démarche sous la raison invoquée du manque croissant de moyens et de personnels, sous le prétexte supputé de préserver leurs marges de manœuvre et d'entretenir leurs routines.

Ces figures sont évidemment stéréotypiques. Elles n'en sont pas moins encore celles qui sont les plus couramment utilisées par les hospitaliers pour rendre compte des représentations de ceux avec lesquels ils sont amenés à travailler, au quotidien et / ou dans le cadre de la démarche de certification, et même pour s'auto-caractériser (non sans dérision parfois). Certes, chacun – quand il expose ses relations avec les autres personnels, ses coopérations, ses représentations de la qualité, admet que ces catégories sont généralisantes et qu'il existe localement des exceptions. Chacun reconnaît aussi généralement que les choses changent parfois, souvent très progressivement, au fil de la mise en place de la démarche-qualité. Néanmoins, aux yeux de tous, ces tendances restent lourdes. Chaque groupe professionnel a tendance à rejeter la responsabilité des difficultés ou des échecs de la démarche-qualité sur les autres groupes professionnels, sur leurs représentations inappropriées de la qualité.

Les représentations et les pratiques de la qualité restent donc multiples et cloisonnées professionnellement, ce qu'attestent d'ailleurs les travaux scientifiques les plus récents, consacrés à la démarche-qualité en milieu hospitalier (Claveranne et alii, 2003, Fraisse et Robelet, 2004). Néanmoins, une fois cette multiplicité rappelée, il apparaît aussi des points de convergence et/ou de communauté des points de vue et des pratiques. Transversalement, les visions indigènes de la qualité, malgré la variété des formes qu'elles peuvent prendre, contiennent toutes les mêmes interrogations. Les différents professionnels hospitaliers partagent d'abord l'idée que les démarches-qualité sont intéressantes dans leur principe, dès lors qu'elles visent l'amélioration du soin. Ils s'interrogent également sur le lien entre les procédures et les coopérations professionnelles.

Si une tension entre les exigences de procédurisation et de mise en coopération des professionnels et des structures de soins apparaît depuis longtemps comme une nécessité aux théoriciens de la gestion de la qualité en santé¹⁶, il est rare d'observer cette dite tension au sein des services. Cela étant, on commence à voir poindre cette tension au cœur des interrogations pratiques de certains professionnels de santé. Ainsi, ceux-ci s'imposent une double injonction normative les appelant à un plus grand respect des procédures et à une meilleure coopération. Mais ce sont aussi eux qui se confrontent à la difficulté de répondre à cette double injonction, vécue parfois comme paradoxale.

Dans l'idéal des professionnels, procédures et coopération pourraient s'articuler selon une logique circulaire : l'exigence de procédures déboucherait sur une forte coopération qui, elle-même, rendrait possible la mise en pratique d'une activité procédurisée, laquelle pourrait alimenter, à son tour, un travail de coopération au travers d'une mise à jour continue des dites procédures. En tendance, nos observations laissent cependant moins entrevoir ce type de chaînage qu'une forte dissociation entre les deux pôles des procédures et de la coopération. Une série de questions se posent alors :

Les procédures (et avec elles, les évaluations qu'elles rendent possibles, pour les soignants mais aussi pour les médecins) proposent-elles une juste qualification du travail ? Les démarches qui les portent (animées par la HAS ou d'autres) encouragent-elles la coopération professionnelle ou alimentent-elles les clivages et les fractures de toute nature ? Du jeu entre procédures et coopération surgit-il un « commun » ou une fiction, un arbitraire, des situations paradoxales ? Quelle est la nature de l'entrelacs entre ces deux dimensions ? Avant de tenter d'approcher ces questions, il nous faut examiner en quoi la procédure d'accréditation prépare ou non au développement de la dynamique qualité.

2.2. L'accréditation et ses effets sur la pérennisation-valorisation de la démarche-qualité

L'accréditation est un temps de la démarche-qualité. Elle a des effets déclencheurs et induit des comportements individuels et collectifs dans tous les établissements où elle est mise en œuvre. Cela étant, nous cherchons à nous interroger, ici, sur ce qu'elle prépare, prolonge, rend possible ou non en matière de pérennisation-valorisation de la dynamique qualité. **A-t-elle des effets positifs, négatifs, à quelles conditions, à quels niveaux (celui global de l'établissement ou celui infra-local des services, des équipes) ? Plus spécifiquement, sous quelles formes l'accréditation, dans ses contours passés et actuels, entretient-elle la tension entre procédures et coopération ?**

¹⁶ Pour un état de cette littérature, nous renvoyons aux travaux de l'ANAES, notamment *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité* (1999).

2.2.1. Les effets dynamiques de la démarche d'accréditation

La démarche d'accréditation a un effet majeur sur la dynamique de la démarche-qualité dans les établissements hospitaliers, sur son déclenchement mais aussi sur sa pérennisation et sa valorisation. Nous touchons là à certaines évidences. Il est patent que certains établissements se sont engagés dans la démarche-qualité, qu'ils ont créé, puis stabilisé des postes de référents-qualité, dégagé des moyens (en temps, personnels, financements) pour la qualité, seulement parce qu'ils y étaient obligés. Il ne fait pas non plus de doute que d'autres ont profité de cette démarche pour formaliser voire institutionnaliser des initiatives qui jusque-là n'étaient que partielles (dans certains services) ou « amateurs ». Bref, **il est clair que la question de la pérennisation des démarches-qualité ne se poserait pas dans beaucoup d'établissements aujourd'hui, s'il n'y avait pas eu la démarche d'accréditation.** De la même façon, l'existence, la généralisation à l'ensemble des établissements et une certaine « tragédisation » (avec le risque perçu par les hospitaliers que leur établissement ne soit pas accrédité, ou bien avec multes réserves et recommandations) ont contribué à la mise en valeur des expériences-qualité antérieures, jusque-là souvent perçues comme les lubies d'un responsable-qualité, l'autoritarisme d'une direction de soins ou le zèle d'un chef de service. **Que des projets-qualité déjà amorcés, mais manquant souvent de relais et de soutien, aient été mis en avant, valorisés puis développés par l'accréditation, est une certitude.** Comment s'opèrent plus précisément ces effets dynamiques ?

L'accréditation a d'abord opéré une double généralisation de la démarche-qualité, à la fois en ce qu'elle a étendu à l'ensemble des établissements ce qui n'existait que dans certains lieux « anticipateurs » et en ce qu'elle a traité à l'échelle des établissements ce qui n'existait le plus souvent qu'au niveau des services. La première généralisation est le plus souvent considérée comme un élément positif par les professionnels hospitaliers, avec l'idée sous-jacente que seule une obligation générale était et est encore à même d'assurer un « juste » traitement des établissements, la justice étant comprise comme une équivalence des contraintes (entre secteur public et secteur privé, entre établissements d'un même bassin, entre services d'un même établissement). La seconde est plus contestée, tout au moins par les professionnels hospitaliers travaillant dans des équipes, des services, des pôles, des départements, ... qui considèrent qu'une accréditation par établissement est trop globale et éloignée de leur exercice, et par là imprécise. Mais les personnels « transversaux » se réjouissent, eux, de l'instauration d'une dynamique d'établissement ; c'est aussi généralement le cas des « pionniers de la qualité », lancés avant les autres dans des démarches-qualité à l'échelle de leur service ou de leur discipline (prix qualité, norme ISO, ...) qui voient enfin leur initiative reconnue, légitimée.

En ce sens, l'accréditation a contribué à **légitimer, aux yeux des différents personnels hospitaliers, le principe de la démarche-qualité au sens large, et plus précisément la présence de responsables-qualité, la pertinence des démarches-qualité déjà entamées, le volontarisme de leurs porteurs de projet.** L'obligation faite aux établissements de se lancer dans la démarche d'accréditation et la crainte d'être sanctionnés faute d'initiatives-qualité ont conduit les hôpitaux (leur direction, leurs organes représentatifs et plus largement l'ensemble des personnels) à repenser la place des responsables-qualité et des porteurs de projet-qualité, jusque-là peu nombreux et considérés comme peu légitimes par leurs interlocuteurs ; ceux-ci deviennent essentiels dans la conduite d'une démarche désormais incontournable, dans la traduction des référentiels de l'ANAES, dans la possible obtention de « points forts » et surtout d'un label. Parfois considérés comme superflus, contraignants, « empêcheurs de tourner en rond » par la grande majorité des médecins et des soignants, ils deviennent les relais nécessaires et valorisants pour l'établissement : les lignes de coalition au sein des établissements s'en trouvent déplacées ; le référent-qualité devient un allié des médecins et des soignants pour défendre *leur* hôpital.

L'accréditation a aussi créé des dynamiques : elle a initié des temps, des lieux, des envies de réflexion sur les normes et les pratiques professionnelles, qui dépassent parfois la seule phase d'autoévaluation. La nature imposée des moments et des formes de réflexion dans la phase d'auto-évaluation (mise en place de groupes et de réunions parce que c'est obligatoire et qu'il faudra en rendre compte au moment de la visite) ne garantit rien de leur avenir : le plus souvent, ces groupes ne se réunissent d'ailleurs plus, après la visite. Parfois, néanmoins, les dynamiques initiées se poursuivent (maintien de groupes, souvent sous une forme réduite, rencontres informelles). De la même façon, **les réserves et les recommandations émises dans le rapport d'accréditation peuvent briser toute dynamique, mais elles peuvent aussi en provoquer.** Si d'aucuns contestent énergiquement la justesse et la justice des réserves et recommandations adressées à leur établissement (cf. infra), la grande majorité des professionnels rencontrés souligne **l'effet de levier de ces remarques, pour autant qu'elles soient vécues comme adéquates, légitimes, fondées.** Dans cette perspective, les professionnels hospitaliers se montrent généralement assez satisfaits face à ce qui est jugé comme une montée en sévérité des experts de la HAS : beaucoup disent – à tort ou à raison – que la politique de la HAS serait de limiter le nombre de « sans réserves, sans recommandations ». C'est ainsi, de façon surprenante, le « sans réserves,

sans recommandations » qui est parfois pointé comme un facteur bloquant dans la dynamique de la qualité. Ce label est certes toujours recherché, mais ceux qui ont vu leur établissement l'obtenir disent parfois, en même temps que leur satisfaction, regretter l'inertie qu'il a pu provoquer. Inversement, la plupart de ceux qui ont quelques réserves et recommandations, une fois l'annonce passée et « digérée », soulignent qu'ils ont pu s'appuyer sur ces dernières pour maintenir une certaine mobilisation. Evidemment, la formulation d'un tel avis dépend d'un équilibre subtil dans la composition des critiques reçues (les recommandations paraissent plus incitatives que les réserves, vécues comme plus stigmatisantes), dans leur nombre (au-delà de trois ou quatre critiques, plus le nombre augmente, moins leur effet incitatif paraît probant) et dans leur justesse estimée. Elle dépend aussi de la position dans la structure hospitalière : les professionnels les plus transversaux (directions, responsables qualité, présidents de CME) se montrent généralement plus convaincus de l'intérêt des critiques faites à l'établissement que les professionnels travaillant dans des services (souvent amenés à considérer qu'une évaluation globale de l'établissement dit peu de choses de la qualité de leur travail).

Plus largement, il est certain que **l'accréditation, dans certaines de ses temporalités et de ses modalités, participe d'une possible pérennisation de la démarche-qualité, en créant du commun**. Si d'aucuns reprochent à l'accréditation (notamment dans sa phase V1) d'avoir un regard transversal et par là extrêmement général sur le fonctionnement de leur établissement (en estimant qu'un regard plus fin, par exemple, à l'échelle des pôles ou des services – serait préférable), la plus grande part des professionnels de l'hôpital souligne que **cette forme d'accréditation par établissement a permis d'entretenir ou de créer du lien, du commun, une forme de conscience commune entre les hospitaliers de leur établissement**. Pour les petits établissements (petits CH), on est plutôt dans le cas de l'entretien d'une identité commune ; pour les plus grands (notamment les CHU multi-sites), dans le cas d'une création, même si tout n'est pas qu'une question de taille : l'architecture de l'établissement (mono-bloc ou pavillonnaire) joue par exemple beaucoup sur la nature des liens à créer ou à entretenir (s'ajoutent les critères historiques, géographiques, ...). Quel que soit en tout cas l'état de l'identité commune à l'établissement, **l'accréditation pèse dans le sens d'une affirmation de cette identité commune** : la tenue de réunions transversales pour remplir des référentiels transversaux, l'évaluation globale de l'établissement par les experts et par le rapport d'accréditation, **renforcent le relatif sentiment d'appartenance que peuvent avoir les personnels à l'égard de leur établissement**. Ce sentiment d'appartenance se construit, plus ou moins fermement selon les personnels et les lieux, tout au long de la phase d'auto-évaluation, se renforce au moment de la visite, et trouve ses deux points culminants au moment de la restitution des experts et de la réception du rapport. C'est d'ailleurs sans doute pour cela que les critiques qui peuvent être émises (même avec tact et doigté) pendant la restitution, puis les réserves et les recommandations du rapport, lorsqu'elles sont jugées injustes, peuvent avoir des effets si importants et destructeurs : elles touchent en plein cœur la pratique des professionnels.

L'accréditation crée donc du commun dès lors qu'elle oblige à organiser des réunions transversales, à penser l'hôpital dans sa globalité. **Elle crée aussi de la mémoire commune, des points de repère**, ce qui paraît essentiel dans l'optique et de la pérennisation, et de la valorisation de la démarche-qualité, à l'échelle des institutions et pas seulement des acteurs. Les personnels d'un même établissement se souviennent souvent des mêmes évènements : on pourrait quasiment parler de « génération » au sens de Mannheim (ensemble d'acteurs ayant connu un même évènement historique fondateur). Il y a dans chaque établissement **une « génération V1 »**, composée de tous ceux qui ont participé, bon gré mal gré, à l'auto-évaluation et connu la restitution. Cette mémoire collective empreinte de souvenirs forts (le plus souvent : le stress de l'avant-visite, le passage des experts dans les services, la restitution et la prise de connaissance des « résultats ») est centrale parce que c'est elle qui est transmise aux nouveaux arrivants qui vont s'approprier cette mémoire d'autrui pour en faire un élément de leur propre mémoire. Combien de personnels nous ont raconté en des termes catastrophistes des visites ou des restitutions auxquelles ils nous disaient finalement ne pas avoir été présents ! Avec le turn-over des personnels, notamment dans les grands sites, avec aussi l'organisation des emplois du temps qui empêchent de nombreux personnels d'être présents dans les moments fondateurs, la constitution et la transmission de la mémoire commune deviennent majeures, parce qu'elles créent l'histoire de l'institution.

L'accréditation, en tant que processus scandé par des étapes, crée aussi des dynamiques qui ne sont pas toutes réversibles : il nous semble qu'existent des « effets cliquets », des seuils de qualité qui, une fois franchis dans un sens, ne le seront plus dans l'autre. Nous voulons dire par là que si certaines des dynamiques installées par l'accréditation (notamment les groupes d'auto-évaluation, la mise en avant de ses forces et faiblesses, ...) peuvent s'éteindre, voire s'inverser, avec le temps, la répétition des vagues d'accréditation ou la frustration au sujet du déroulement et des résultats de la V1, d'autres semblent amenées à perdurer (sentiment de la nécessité et/ou de l'intérêt de l'application des procédures, l'évaluation des pratiques, la coopération). Ce n'est évidemment pas un hasard si nous

prenons comme exemples d'effets cliquets ces sentiments qu'éprouvent aujourd'hui la plupart des professionnels hospitaliers devant la nécessité et/ou de l'intérêt de la procédurisation (même si le discours sur ce point est parfois ambivalent) et de la coopération (même si celle-ci est parfois pensée sous la forme d'un repli sur le métier). En d'autres termes, la procédure d'accréditation est une occasion de mettre en tension, ou au moins en discussion, cette dialectique de la mise en procédure et de la coopération professionnelle suggérée par notre modèle. **La démarche de l'accréditation peut toutefois générer des effets moins favorables.**

2.2.2. Les effets contre-productifs de la démarche d'accréditation

Il s'agit dans cette partie de revenir sur les effets « bloquants » de la démarche d'accréditation, que nous avons commencé à décrire dans notre rapport intermédiaire. Notre 2nde phase d'observation, en nous apportant de nouveaux matériaux (réactions dans les restitutions, nouvelles observations) et en nous donnant plus de recul, nous permet de confirmer, nuancer, affiner nos constats. Nous reprendrons ici le fil des étapes de la démarche d'accréditation tel que le construit M-F. Pomey (2002), **en nous concentrant sur les phases à partir desquelles commencent à se poser les questions de la pérennisation et de la valorisation : la visite, l'après-visite, l'après-rapport d'accréditation.**

A propos de la phase de visite des experts, nous avons insisté dans notre rapport intermédiaire sur trois constats : des comportements de bachotage et d'affichage observés dans certains établissements pionniers, la frustration liée à la rapidité de la visite des experts, le caractère vécu comme très formel et très fermé de la restitution des experts. Reprenons ces trois constats pour en dégager les effets que nous pensons être contre-productifs.

Le premier constat, touchant aux comportements de bachotage (réviser les protocoles juste avant la visite, sortir les classeurs du placard, mobiliser les personnels en sessions intensives pour qu'ils les connaissent le jour J, ...) **et d'affichage** (repeindre les murs, enlever les cartons des couloirs, ranger les dossiers, faire attention à la confidentialité, ... toujours le jour J) **mérite d'abord d'être relativisé.** Au fil de nos enquêtes, il nous est arrivé de croiser des établissements en train de préparer ou de passer la visite d'accréditation et pour autant moins soucieux que ceux que nous avons d'abord étudiés. Nous pensons par exemple à un grand CHU multi-sites, où nous avons eu l'occasion de conduire des entretiens la semaine précédant la visite d'un des sites : dans ce site, les personnels étaient évidemment au courant de l'éminence des représentants de l'ANAES et conscients de l'importance de ne pas « paraître trop mauvais, plus mauvais qu'à l'habitude » ; pour autant, les personnels rencontrés (des professeurs jusqu'aux aides-soignants) ont souligné qu'ils n'avaient pas de consigne particulière sur les conduites à tenir et semblaient assez « décontractés ». Certains établissements qui n'ont pas fait de la démarche-qualité une de leurs priorités (souvent parce qu'ils en avaient d'autres, comme la mise en place de la Nouvelle Gouvernance par exemple) ont paru moins « sous pression ». Tout se passe, inversement, comme si les premiers établissements que nous avons étudiés, parce qu'ils avaient été choisis parmi les « pionniers » et les structures « phares », avaient un rapport beaucoup plus tendu à l'accréditation. Néanmoins, **le bachotage reste la règle dans la plupart des cas**, avec une montée en pression des personnels, d'abord des groupes pilotant la qualité, ensuite de l'ensemble des personnels, via généralement les cadres de soins. Nombreux sont ceux qui nous ont décrit les réminiscences des révisions du brevet ou du baccalauréat, pour souligner **le caractère infantilisant puis bloquant de cette phase.**

Le bachotage, outre qu'il ne prépare qu'au jour J et ne garantit aucune pérennité des changements de pratiques, s'accompagne de nombreux comportements d'affichage qui tendent à décrédibiliser l'intérêt de la démarche-qualité : s'agit-il vraiment de progresser dans le service rendu au patient ou seulement de faire croire, laisser paraître aux experts-visiteurs que l'établissement frôle l'excellence ? Les mésaventures connues dans le milieu hospitalier des établissements qui ont joué le jeu de la transparence et ont été, finalement, sévèrement évalués ne laissent guère de doutes aux yeux des hospitaliers. L'accréditation, et parfois par voie de conséquence toutes les démarches-qualité, s'en trouvent assimilées à de l'artifice, du faux, du semblant, du « as-if », du « cosmétique ». **Toute valorisation s'en trouve dès lors compliquée.** Qui porte la responsabilité d'une telle crainte de la visite, d'une telle assimilation entre la visite et un examen ? Sans doute est-ce lié à une crainte franco-française du face-à-face et de l'évaluation dans les milieux bureaucratiques (Crozier, 1963)... Peut-être aussi – et à vrai dire beaucoup plus selon nous – à la forme « concours » (de surcroît totalement « totémisée »¹⁷) qui a été donnée jusqu'alors à la démarche d'accréditation, avec ses bons et ses moins bons élèves.

De la même façon, **la rapidité de la visite des experts est souvent source de frustrations peu favorables à une dynamique de pérennisation et de valorisation de la qualité.** Si le temps de visite n'est généralement pas perçu

¹⁷ Nous reviendrons dans la 3^{ème} partie sur la signification que nous donnons, dans ce document, à cette notion.

comme rapide par les personnels animant le projet-qualité (directions, direction qualité, président de CME, directions de soins, cadres supérieurs de soins, ... ceux que nous avons appelés les personnels transversaux parce qu'ils ont l'habitude de travailler et réfléchir à l'échelle de l'établissement), il l'est, par contre, par tous les professionnels qui travaillent dans les services et qui eux, sont amenés à préparer pendant plusieurs semaines la visite des experts dans leur unité (que la visite soit prévue dans le programme ou crainte comme « visite-surprise ») et ne voient finalement les experts que quelques minutes, parfois même sans avoir l'occasion de leur parler. L'investissement dans la préparation ne se trouve pas, au bout du compte, récompensé à la hauteur des espoirs de ces professionnels. **Dès lors, bon nombre de personnels gardent en mémoire cette frustration et promettent de ne plus jamais se laisser reprendre à s'investir.**

Enfin, **le caractère formel de la restitution des visites est très souvent dénoncé comme un facteur bloquant.** La forme des restitutions, ne laissant pas de place aux réactions de la salle, ne fournit pas non plus l'occasion d'exprimer ce qui pourrait être un embryon d'identité commune. Du point de vue de ceux qui y assistent, cette forme entretient un rapport infantilisant entre des experts tout puissants et un public censé écouter sans broncher. Ce rapport est d'autant plus frustrant que la restitution s'opère généralement en deux temps : auprès du petit groupe de direction d'abord, auprès de l'ensemble des personnels rassemblés ensuite. Du coup ces derniers se sentent tenus à distance et un peu infantilisés. La remise du rapport quelques semaines, voire quelques mois plus tard, entretient l'idée que les experts-visiteurs sont des évaluateurs qui refusent le face-à-face d'adulte à adulte. Cette caractéristique ne facilite guère une appropriation collective du constat dressé par les visiteurs et, du coup, une grande partie des personnels ne seront avertis qu'à travers des bruits de couloir (bruits de couloir insistant notamment sur les réserves et recommandations), que l'on suppose alimentés par ceux qui ont connaissance du rapport (directeur, groupe de direction, responsable qualité, groupes d'auto-évaluation). Une remise « physique » du rapport, accompagné d'une nouvelle restitution collective (à l'ensemble des personnels souhaitant y assister), par les experts-visiteurs, éventuellement par d'autres experts-visiteurs que ceux qui ont réalisé la visite, paraîtrait préférable.

Au final, il apparaît certain que les risques de dévalorisation et de discrédit de l'accréditation, et par là les risques de non-valorisation et de non-pérennisation des démarches-qualité, peuvent être étroitement liés à l'assimilation de la visite des experts à une inspection artificielle et infantilisante, à la brièveté de la visite dans l'établissement mais aussi dans les services, au caractère non interactif des restitutions.

Revenons maintenant sur les fameuses 4^{ème} phase (après la visite), 5^{ème} phase (rapport intermédiaire-rapport final) et 6^{ème} phase (après le rapport final) si centrales, parce qu'elles touchent au cœur de la question de la pérennisation (avec le fameux effet soufflé), au cœur aussi de la valorisation (dans sa forme la plus institutionnelle : la remise d'un label « sans réserves sans recommandations » et la mise en avant de « points forts »).

Concernant l'effet soufflé, l'étude confirme qu'il concerne tous les établissements et que les politiques de pérennisation ne peuvent rêver d'une suppression de ce temps, bien « naturel » suite à une phase de pression intense. Aux yeux des professionnels interrogés, la HAS devrait néanmoins veiller à réduire ce temps et ses effets, en diminuant les délais entre le moment de la visite, celui de la transmission du rapport intermédiaire et celui de la transmission du rapport final ; certains souhaitent aussi que l'évaluation des démarches-qualité soit continue, grâce à une réduction du temps entre deux accréditations, ou mieux par constitution d'équipes permanentes d'experts. Cela étant dit, **l'effet soufflé, s'il est général, n'est pas aussi approfondi dans tous les établissements et selon les personnels.** Dans certains établissements, il est majeur avec la suppression pure et simple du poste de référent qualité, témoignant du changement de priorité de la direction de l'établissement. Dans d'autres hôpitaux, il est plus atténué avec le maintien du référent-qualité (du poste et / ou de la personne sur le poste), avec la prolongation formelle de l'existence des groupes de travail. Quoi qu'il en soit, **ce sont les référents qualité qui se trouvent les plus confrontés à l'effet soufflé et à sa gestion :** quand ils ne sont pas au terme de leur contrat ou affectés à de toutes autres missions, ils se trouvent généralement désœuvrés, tout au moins esseulés, frustrés par la mise au second plan de ce qui était devenu pour eux leur cheval de bataille et leur cheval de Troie, inquiets au sujet des conséquences de cette période sur la relance de la démarche-qualité. Les autres personnels sont beaucoup moins inquiets et généralement satisfaits de pouvoir retourner à d'autres préoccupations, ce qu'ils appellent le cœur de leur métier (l'acte médical, technique, soignant, etc. . .), ce qui montre au passage que la démarche-qualité est encore pensée par beaucoup de professionnels comme une démarche extérieure à leur métier, « en plus ». **Ce constat assez généralisant (il comporte ses nuances), amène à penser à des premiers facteurs de pérennisation : pérennisation statutaire des postes, des fonctions, des moyens des référents-qualité, aide que pourrait apporter la HAS à ces professionnels dans la gestion de la période soufflé (avec des comparaisons inter-établissements).**

Quant à la valorisation de la démarche-qualité dans ces phases post-visite, il est clair qu'elle est fortement influencée par l'attribution des réserves et des recommandations. L'attribution de points forts est évidemment assez bien perçue par ceux qu'elle concerne au sein d'un établissement et plus largement par l'ensemble des professionnels de l'hôpital ainsi valorisé, mais elle est généralement moins remarquée que la mise en avant de « points faibles », de recommandations ou de réserves. Autrement dit, **l'attribution de points forts est beaucoup moins valorisante aux yeux des hospitaliers que n'est stigmatisante l'attribution de points faibles.** Surtout, elle tend à instaurer un système de classement infantilisant, tendant à transformer la qualité des soins en une note sur une échelle de A à D, de 0 à 20, avec une symbolique sous-jacente du tableau d'honneur pour les premiers et de mise au piquet (avec ou sans bonnet d'âne) pour les derniers. Ce n'est bien sûr pas la volonté, ni officielle, ni officieuse (telle qu'elle nous est apparue dans nos rencontres avec certains de ses représentants) de la HAS que de transformer la démarche d'accréditation en un palmarès des établissements. Les usages qui sont faits de cette accréditation par les personnels ou la presse (qui peut s'appuyer sur ces données) conduisent néanmoins à des formes de « classements » dont les effets ne sont pas nécessairement stimulants.

*

Incontestablement, la procédure d'accréditation en ce qu'elle constitue un moment obligé des démarches-qualité ne peut être laissée en dehors d'une réflexion générale sur la pérennisation et la valorisation de celles-ci. Décisive, elle ne suffit pourtant pas à caractériser ce qui nous paraît être l'alchimie qui fait que telle ou telle configuration est ou non favorable au développement de la démarche-qualité.

2.3. Les configurations de la démarche-qualité : l'improbable modèle idéal

Quelles sont les « conditions » de réussite, de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité ? La taille, le type d'établissement, le type de spécialité médicale, le style de management, la place des patients, ... sont-ils des éléments actifs voire essentiels ? Comme indiqué en introduction de ce document, nous n'avions pas d'inclination première pour la recherche de causalités mécaniques du type : à tel facteur correspond tel effet. Nos observations sur des terrains variés et nos rencontres avec les professionnels nous ont confirmé dans cette inclination : elles montrent en effet **la diversité des effets d'un même facteur selon la nature des agencements qui le lient à son environnement.** Dès lors, ce serait de l'attachement des facteurs, dans des configurations¹⁸ particulières, dont procéderait le sens des dits facteurs qui, pris séparément et pour eux-mêmes, n'auraient pas de vertus particulières.

Appuyons notre propos par la mise en évidence de quelques situations mettant en lumière la diversité des agencements rencontrés. Les uns sont plutôt la traduction de démarches-qualité valorisées et se pérennisant, les autres – comprenant des ingrédients comparables – traduisent plutôt l'enlisement desdites démarches.

Un même hôpital, trois services différents

Dans cet établissement, la qualité est une affaire prise en main par la direction depuis de nombreuses années. Parmi les premiers à s'être engagés dans la démarche d'accréditation, ayant déjà testé la V2, l'hôpital n'a pas eu de recommandation et encore moins de réserve. Les animateurs de la démarche-qualité savent que bien des choses sont encore perfectibles, mais ils ont le sentiment d'être plutôt bien engagés dans la voie de l'amélioration de la qualité. Toutefois, dès que l'on s'éloigne de ceux qui pilotent la démarche sur l'hôpital (directeur de la qualité, membres de la cellule du même nom, animateurs des groupes d'autoévaluation...), pour s'approcher des services de soin, les témoignages et les descriptions gagnent en contrastes et traduisent des dynamiques locales dont la démarche générale rend assez peu compte.

Un service de chirurgie : les procédures sans la coopération

Dans cette unité de 70 lits, les procédures de travail ont été élaborées à l'occasion de l'accréditation et sont déposées dans des classeurs auxquels les soignants ont accès (« Ah ça, les procédures, les référentiels, on n'en manque pas. Je peux vous dire qu'ils sont même très détaillés. Par exemple, il faut que l'on indique très précisément l'endroit où l'on pique un malade. Bientôt faudra qu'on indique dans quelle fesse on a piqué »). Cependant **la situation de cette unité est fragile sur la démarche-qualité.** Les soignants n'ont en effet pas participé aux groupes d'auto-évaluation lors de

¹⁸ Le terme est emprunté au sociologue Norbert Elias.

la V1. En outre, un groupe d'infirmières (correspondant à une des deux équipes de jour), toutes très anciennes dans le métier comme dans le service (près de 25 ans pour certaines), font corps pour s'opposer aux démarches proposées par le cadre : « Elles ne veulent pas changer leurs attitudes vis-à-vis des familles ou des patients qu'elles traitent vraiment de façon inadmissible », dit le cadre supérieur. Elles exercent, par ailleurs, une pression sur tous les personnels de l'unité, au point que le chef de service lui-même renonce à obtenir d'elles ce qu'elles ne veulent pas faire. En parallèle, ce dernier se décharge sur le cadre de toutes les activités d'écriture (« Je coûte cher donc je ne vais pas passer mon temps à remplir les papiers, mais puisqu'il faut que ce soit rempli, je vous laisse faire »). Au bout du compte, la démarche-qualité est « tirée » dans le service par les cadres et notamment le cadre supérieur. Du point de vue de l'existence des procédures de travail, le service est en conformité avec les exigences requises. Pour ce qui est du fonctionnement d'équipe, la situation est largement bloquée.

La configuration présente – peu favorable à une dynamique qualité – mobilise les ingrédients suivants : **les procédures existent, elles sont déposées dans des classeurs et peu regardées par les professionnels qui n'ayant pas participé à leur élaboration ne se sentent pas concernés par leur actualisation ; la forte cohésion d'un groupe de travail (une équipe d'IDE) ne se confond pas avec la coopération active des personnels de l'unité et s'apparente plutôt à du repli intra-groupe. Le cadre est isolé et est le seul à entretenir le discours sur la démarche-qualité qui, pour partie, devient une « fiction ».**

Une unité de diabétologie : la coopération sans la procédure

Dans cette unité de diabétologie, le personnel soignant possède une ancienneté importante excédant le plus souvent les 20 années. La proximité avec le médecin est forte. Le cadre supérieur, qui arrive après la procédure d'accréditation et s'attend à trouver un service « conforme » à l'image d'excellence de l'établissement, découvre que les infirmières œuvrent sans prescriptions et que les documents de référence pour travailler sont presque inexistantes. C'est la cohésion de l'équipe qui, du médecin aux aides-soignantes, tient lieu de garantie collective. La qualité des prestations laisse à désirer sur plusieurs plans, notamment sur l'aspect pédagogique de la formation et de l'information des patients. Le changement des pratiques qui sera finalement initié par le cadre passe par deux initiatives. Au moment de la préparation du test de la V2, le cadre associe son équipe à des groupes de travail (l'information aux patients, la pose du bracelet d'anonymat au malade...). Parallèlement, il fait découvrir à son équipe les « minutes » d'un procès – impliquant médecins et soignants pour fautes ou manquements graves – en conduisant les personnels au tribunal. « Là, on a gagné dix ans d'un coup » affirme le cadre supérieur en vantant **la nouvelle dynamique qualité au sein de l'unité.**

Ici, la démarche-qualité au sein du service est postérieure à l'accréditation de l'établissement qui, quant à elle, ne semblait avoir rien enclenché de particulier dans cette unité. La mise en route du processus qualité, s'appuie sur un travail managérial visant à « impliquer » les personnels dans le travail de mise au point des procédures et mettant en avant l'importance d'une politique de « formation » pour les soignants. Cette orientation du management s'opère sur fond d'une coopération entre équipe médicale et soignante déjà ancienne dont, jusque-là les résultats n'étaient guère probants en matière de qualité.

Un service d'infectiologie : les procédures et la coopération. Mais le patient ?

C'est un service à la pointe des démarches-qualité (ayant fait l'objet de plusieurs audits aux résultats jugés excellents), servant de référence pour l'établissement. Le chef de service, reconnu internationalement dans sa discipline, est très sensible à ces questions : il a été pionnier dans l'établissement d'un protocole de service sur la prévention des maladies nosocomiales, il participe aux groupes de pilotage de l'accréditation, il met une pression forte sur les personnels de son service. « Le patron ne voudrait pas que ça ne se passe pas bien avec l'ANAES », dit le cadre. Ce cadre, proche de la retraite, dit ne pas appartenir à une « génération d'évaluation », mais met aussi une énorme pression sur les personnels, parce que l'image d'élite du service est en jeu. De fait, les procédures dans le service sont nombreuses et parfaitement appliquées (« L'avantage de la qualité, c'est aussi de savoir qui fait quoi. Chacun est fixé sur son pré carré, ça a le mérite d'être clair, de savoir qui fait quoi. Les dysfonctionnements, c'est justement quand il y a de l'exercice illégal, de la délégation de tâches qui ne devraient pas être déléguées. Ici, ça ne fonctionne plus comme ça. Et c'est tant mieux ») : les mesures d'hygiène, la traçabilité des actes, les transmissions, le recueil du consentement des patients, ... tout fait l'objet de protocoles, parfaitement respectés. La coopération entre les professionnels est parfaitement orchestrée, mais apparaît tendue : les binômes aides-soignants / infirmiers sont conflictuels, les soignants passent par les internes pour communiquer avec les médecins, les relations sont vécues comme très hiérarchiques, mais la coopération se fait néanmoins : « le patron ne voudrait pas qu'il y ait des conflits ouverts », dit le cadre. Par contre, la communication avec les patients est minimale (« Les demandes de consentement,

on les fait par communication de documents standards sur un type d'examen : on fait signer le document, on le met dans le dossier et l'ANAES est contente. Mais est-ce que le patient, lui, est content ? Est-ce qu'il n'aurait pas préféré une autre façon de faire ? J'ai peur que le fait de donner des documents dédouane les personnels d'une communication avec les patients. » - une infirmière). Pourtant, il s'agit d'une population pour laquelle l'information paraît essentielle (« la population d'hospitalisation, c'est des gens qui découvrent leur séropositivité en même temps que le sida : une population essentiellement immigrée, qui ne comprend pas très bien ce qui lui arrive, dont l'observance des traitements est très faible »).

Ici, les ingrédients de la qualité sont ceux de l'excellence technique et du management « en force » du patron : les personnels suivent, appliquent les protocoles, coopèrent quand on le leur demande même si cette coopération ne se confond pas avec des relations inter-personnelles parfaitement harmonieuses. L'information des patients paraît quelque peu négligée. Ainsi l'existence d'une dynamique qualité ne signifie pas qu'un état optimum et idéal ait été atteint.

Un même département, plusieurs configurations

Dans cet établissement, le rapport d'accréditation a mis en lumière de nombreux manquements et contient quelques recommandations et plusieurs réserves. Les personnels qui se sont mobilisés sur le sujet ne sont pas spécialement surpris mais il sont tout de même affectés par le résultat. Cela étant, quand on dénombre les effectifs ayant participé au travail sur l'ensemble de l'hôpital qui comprend plus d'un millier de lits et plusieurs milliers de salariés, on ne dénombre, dans le meilleur des cas, que 10 à 15 % de gens ayant participé au travail de préparation de la visite d'accréditation. Nous décidons de nous immerger dans un département important, comprenant plusieurs services, pour voir comment, indépendamment ou pas de la démarche d'accréditation, les questions de la qualité sont ici appréhendées.

Dans un des services spécialisés sur la petite enfance, la démarche-qualité est reconnue par les différents acteurs rencontrés comme laissant à désirer. Les procédures existent, mais le temps manque pour les appliquer (« Quand je suis arrivée ici, j'avais été cadre ailleurs pendant plusieurs années et j'ai eu mieux à faire que de regarder les procédures. J'ai d'abord fait mon diagnostic de situation » – un cadre) ; en tous les cas, les acteurs considèrent leur mise en œuvre difficile (« L'autre jour, un gamin arrive en urgence par hélicoptère ; le poste de garde m'appelle pour savoir comment il fallait faire. Il y avait une procédure pour cela. Je n'ai pas eu le temps de la chercher sur l'intranet » – un cadre). Les bonnes pratiques sont connues et acceptées, les procédures jugées indispensables mais le décalage entre le souhaitable et le possible est pointé en de multiples occasions (« On me dit qu'il faut faire de la qualité et en même temps que je ne dois pas passer une demie-heure à faire une toilette, alors que c'est justement un moment privilégié, je ne comprends plus » – une infirmière).

La configuration dans cette unité laisse entrevoir que la permanence de la démarche-qualité dépend aussi de la lecture que les acteurs peuvent avoir des moyens dont ils disposent pour « bien faire ». Les procédures ne sont pas contestées, la coopération des équipes n'est pas spécialement défectueuse, mais les moyens (exiguïté des locaux, suppression de lits, prise en charge d'enfants requérant du temps) sont jugés insuffisants. La qualité est une cause intellectuellement partagée par tous, mais elle est aussi vécue, en pratique, comme une injonction paradoxale.

Dans l'unité voisine de ce même département, la configuration est encore différente. C'est ce que traduisent les propos recueillis dans l'unité d'hospitalisation de jour de ce secteur pédiatrie. **Ici, on évoque moins la question de la démarche-qualité que dans le secteur mitoyen** évoqué juste au dessus. Nos relances sur le sujet semblent « tomber à plat ». La qualité n'interroge pas particulièrement. L'équipe n'a pas participé aux groupes d'autoévaluation. Les personnels disent être informés sur ces questions mais se sentent distants de ces débats ; la formule « Oui on en a entendu parler par le cadre ou le cadre sup » rend bien compte du rapport d'éloignement qu'il y a avec les démarches-qualité officielles. Cela étant, l'équipe semble réfléchir en continu à l'amélioration de sa pratique. Le rapport aux enfants et aux parents qui est ici constamment mis en avant. La satisfaction des gens accueillis semble être le seul indicateur pertinent aux yeux de l'équipe. En outre, chaque semaine, l'équipe (de petite taille puisque ne comprenant qu'une vingtaine de personnes) se réunit au complet pour examiner la totalité des questions relatives au fonctionnement du service. Ici, on semble faire de la qualité comme Monsieur Jourdain faisait de la prose.

Les ingrédients de la configuration renvoient à la centralité de la qualité de la relation aux familles des enfants, à la petite taille et à la cohésion de l'équipe toutes catégories professionnelles et hiérarchiques confondues. Les

procédures existent, mais elles sont peu évoquées et la démarche globale de l'établissement (accréditation, responsable qualité...) semble lointaine. La dynamique qualité se développe silencieusement.

Un service d'odontologie

Dans ce service, pointé par le rapport d'accréditation de l'établissement comme « un point fort », valorisé par l'obtention d'un prix-qualité au plan national, la qualité est investie sous la forme d'une démarche collective quasi militante. Du chef de service aux aides-soignantes et secrétaires administratives en passant par les chirurgiens-dentistes, tous se disent mobilisés. Les procédures ont été travaillées, lues, relues, actualisées, depuis des années. C'est près d'une demi-journée par semaine qui a été consacrée à ce travail depuis 1997. L'équipe se sent valorisée par le succès de l'unité qui accueille des malades (handicapés mentaux pour la plupart) venant de toute la France, tant est rare le type de prestations que l'unité délivre. Cet élément est central dans la mobilisation de l'équipe (de petite taille et ne comprenant qu'une vingtaine de personnes). Quel que soit le statut des personnels, tous ont une activité de recherche et ont accès à la formation. Chaque année, un projet individuel est réalisé par les membres de l'équipe. Le charisme et l'insistance du chef de service sur un soin de qualité assurant la performance et la sécurité pour chacun, est reconnu par tous.

La configuration attache ici les éléments suivants : le poids du chef de service et son insistance sur la permanence d'une activité collective sur la mise à jour des pratiques et des procédures collectives ; le poids des familles des malades et leur satisfaction, la satisfaction des personnels qui se sentent impliqués sur des projets personnels (formation, recherche) comme collectifs, nombreux et valorisants. La conséquence de ce qu'ici, on peut considérer être une tension permanente d'un collectif en coopération pour la production de bonnes pratiques et des procédures qui vont avec, c'est la lassitude, la fatigue des membres. Le « c'est too much » laisse entrevoir la surchauffe d'un collectif dont la cohésion et la conviction qui le caractérise ne laissent guère de place à quiconque émettrait quelques réserves sur le bien-fondé de la démarche globale.

De toutes ces situations, que le lecteur est invité à compléter par la lecture des trois monographies détaillées en annexe, se dégagent quelques enseignements majeurs :

- Il n'y a certainement pas de « facteur » assurant mécaniquement, et à lui seul, la pérennité et/ou la valorisation des démarches-qualité.

Le type (CH / CHU)¹⁹, la taille, l'architecture (monobloc, pavillonnaire), la spécialité des établissements, la taille des services, des départements ou des pôles, la nature des pathologies, les disciplines médicales exercées, l'organisation du travail (en 3x8, hospitalisation de jour, ...), la longueur et la forme des lignes hiérarchiques, la durée moyenne des hospitalisations, le profil des « chefs » (médecins et cadres), l'ancienneté et la stabilité des équipes... ne sont pas des facteurs nécessaires et suffisants – et par là des garanties sûres et certaines – de pérennité et de valorisation des démarches-qualité, quelles qu'elles soient. Ainsi, pour chacun des facteurs que nous pensions explicatifs, dans une situation donnée, d'une forte dynamique de la démarche-qualité, nous disposons d'autres situations où ce même facteur semblait plutôt induire des blocages des dynamiques-qualité. La diversité de ces dynamiques dans des services appartenant pourtant au même département, pôle ou établissement caractérisé par une même spécialité médicale (pédiatrie, gériatrie, chirurgie, ...) montre par exemple que cette dernière ne joue pas en elle-même un rôle déterminant sur les dynamiques-qualité. Certes, nous ne disposons pas au final d'un échantillon de situations suffisamment diversifié pour isoler statistiquement la part propre de chaque facteur, mais la multiplicité des situations observées et rencontrées pousse à faire le deuil d'une quête aboutie d'un facteur déterminant.

Dans la nuée des conditions influençant les dynamiques de la qualité, si nous devons néanmoins dégager un élément prédominant, ce serait peut-être la place des patients. Plus les patients et/ou leurs familles (notamment en pédiatrie et en gériatrie) sont présents et actifs dans le processus de soins (comme la première génération de personnes séropositives, les parents d'enfants ou les proches de personnes âgées hospitalisées), plus les professionnels paraissent devoir durablement s'impliquer dans les démarches-qualité. Ces derniers semblent devoir se mobiliser en partie par crainte des procédures judiciaires (une crainte qui est désormais associée à tous les patients), mais surtout parce qu'ils sont en quête de la reconnaissance que peuvent leur donner les patients et leurs familles à propos de la qualité de leur travail (forme jugée suprême de valorisation d'une implication dans la démarche-qualité).

¹⁹ Rappelons que nous n'avons pas observé d'établissement privé dans notre enquête.

Il reste que cette place du patient n'est pas indépendante d'autres facteurs : elle est souvent liée à la longueur de l'hospitalisation (plus longue est l'hospitalisation, plus l'implication paraît forte) et donc indirectement à la nature et à la gravité des pathologies, ainsi qu'à la spécialité des disciplines médicales et actes attenants. Mais ces liens ne sont pas bijectifs : l'on peut trouver un fort poids des patients/familles dans des services où les pathologies sont lourdes et les traitements longs et spécialisés (services d'immunologie), mais aussi dans des services où les pathologies sont moins graves et les traitements moins longs (cf. service d'odontologie pour personnes handicapées mentales décrit plus haut). Quoiqu'il en soit, **c'est souvent lorsque le patient est au cœur des préoccupations des professionnels – parce qu'il est en fin de vie ou parce qu'il suscite une empathie singulière (comme les enfants) – que la démarche-qualité semble être la plus pérennisée et valorisée.**

Plus largement, on retiendra que c'est au cœur d'une alchimie singulière de multiples facteurs, au centre desquels pourrait se situer la place du patient, que se joueraient les questions de la pérennisation et de la valorisation.

- Il n'y a pas non plus de solution type, de combinaison parfaite de facteurs assurant la pérennité et la valorisation de la démarche-qualité, tant à l'échelle des établissements qu'à l'échelle des équipes de travail et, en leur sein, de l'ensemble de leurs membres.

Si aucun facteur ne paraît ni nécessaire, ni suffisant à lui seul, aucune alchimie de facteurs ne paraît non plus pouvoir garantir pérennisation et valorisation de la démarche-qualité.

- Il n'existe pas non plus de situation idéale, laissant entrevoir une tension parfaitement et durablement équilibrée entre les exigences de procédures, leur mise en œuvre et l'existence d'une coopération active.

Le plus souvent, les services donnent à voir un déficit sur tel ou tel aspect. Ces déséquilibres, correspondant parfois à une polarisation sur les procédures au détriment de la coopération et à d'autres moments à une inversion de ladite polarisation, peuvent être à l'origine d'une dynamique s'il y a une insistance alternée sur chacune des deux dimensions. Mais ce n'est pas toujours le cas : la rupture de la tension entre les deux pôles traduit et/ou provoque alors le fait que la démarche-qualité marque le pas.

- Le management des collectifs paraît jouer un rôle majeur dans l'entretien des dynamiques-qualité.

Ce constat ne dit rien de ce que sont les modes de management type. Néanmoins, il semble que ce soient les modes de management entretenant une relation démythifiée à la démarche-qualité qui favorisent le plus la pérennisation et la valorisation de cette démarche. Il faut que l'objectif de qualité paraisse réaliste, quitte à vouer aux gémonies les objectifs officiels, pour qu'il soit suivi.

Quand un responsable-qualité croit devoir et pouvoir convertir les foules hospitalières (forcément hérétiques) à l'esprit vertueux de la démarche-qualité, il ne récolte généralement qu'une faible participation, un essoufflement rapide et une circonspection massive ;

quand un directeur d'établissement en appelle à une coopération décloisonnée au nom de l'intérêt suprême de la Qualité et de l'établissement, il recueille le scepticisme et les résistances de ceux qui se vivent comme les praticiens du soin ;

quand un chef de service, féru de normes ISO, certifications et autres labels d'excellence, ne paraît motivé que par la reconnaissance de sa « maestria », il est renvoyé à ses stratégies de carrière par ses propres « troupes » ;

quand un cadre de soins vise une application stricte des protocoles comme finalité et non comme moyen de la qualité, il fige en dogme ce qui pourrait être une opportunité de coopération entre professionnels ;

tous participent alors d'une « glaciation » de la démarche-qualité qui n'est plus, ainsi, ni un objet de débat, ni un moteur potentiel de nouvelles pratiques mais au contraire une sorte de « totem », de « fétiche » (termes sur lesquels nous reviendrons dans la partie suivante) auxquels personne ne croit vraiment (même ses plus ardents défenseurs) et pour lesquels peu sont prêts à s'investir, s'engager.

Différemment,

Quand un chef d'établissement ou un chef de service refusent de pratiquer l'exercice de « l'effet Potemkine »²⁰ pour les visites d'accréditation, abandonnant ainsi la course à la distinction,

quand un responsable-qualité ose s'emparer de façon critique des référentiels de la HAS, quand ceux-ci ne paraissent pas lisibles,

quand un cadre infirmier publicise, au nom de son équipe et auprès de sa hiérarchie ou des experts-visiteurs de la HAS, l'impossibilité matérielle de respecter tel ou tel protocole et travaille à la redéfinition de ce qui lui semble « juste » et « possible » dans la limite des moyens réels du service,

tous alimentent alors la démarche-qualité, justement parce qu'ils la font vivre comme objet de controverse et comme objectif *réaliste* aux yeux de leurs équipes.

En ce même sens, il nous semble que tout ce qui nourrit la connexion entre l'élaboration des procédures de travail et une forte coopération entre les professionnels, fut-ce au travers de vives controverses liées à la définition de ce qu'est la juste qualification du travail, alimente le développement de la qualité. Tout ce qui fige ladite tension nuirait au contraire à la démarche-qualité.

Pour conclure ce chapitre, revenons sur ses principaux résultats :

- La pérennisation et la valorisation de la qualité ne conduisent pas à la disparition des visions indigènes de la qualité, plurielles et cloisonnées professionnellement. Il n'y a donc pas de conversion des hérétiques à une définition universelle de la démarche-qualité.
- Pour autant, derrière la diversité des conceptions de la qualité, se manifestent des points d'accord : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part.
- La démarche d'accréditation est décisive dans les dynamiques de la qualité (notamment en termes d'initialisation et/ou de généralisation et/ou de valorisation des différentes démarches-qualité déjà entreprises), mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques (notamment dans sa dimension d'inspection et de concours).
- Il n'y a pas de facteur déterminant, ni de configuration idéale, assurant la pérennité et la valorisation des démarches-qualité. Celles-ci semblent plutôt relever d'alchimies singulières, irréductibles à quelques indicateurs.

Ces résultats pourront paraître décevants à quiconque aurait été en attente d'une solution (plus ou moins miraculeuse) permettant, à tout coup, de pérenniser et valoriser les démarches-qualité dans les organisations hospitalières. Ils invitent en effet à penser que le deuil de l'existence d'une réponse, de « la réponse », à la question « comment pérenniser et valoriser la démarche-qualité ? » est à accepter de toute urgence. L'inscription de la qualité, au rang de constante et / ou de valeur reconnue, relève d'une alchimie qui ne se laisse pas mettre en formule. Cela ne signifie pas pour autant que le processus est totalement aléatoire et qu'il faille renoncer à influencer sur lui, comme nous entendons le discuter dans la prochaine partie.

²⁰ Nous reprenons ici l'expression d'un directeur d'établissement, désignant par là les stratégies d'affichage mobilisées par les établissements durant les visites d'accréditation.

Chapitre Discussion :

Inscrire la dialectique entre procédures et coopérations au cœur de l'organisation

La qualité n'est pas un état idéal à atteindre que des instruments de mesure – seraient-ils très performants – permettraient de jauger ; elle est un processus continu à inscrire au cœur même de l'organisation. Nous prétendons que ce processus ne s'obtient pas avec des procédures. Il ne s'inscrit pas non plus dans l'organisation grâce à la seule cohésion intra-groupe des équipes réunies sur la base de leurs appartenances professionnelles. **C'est au travers d'un mouvement attachant ensemble ces deux dimensions que naît, selon nous, la dynamique qui permet de faire de la qualité une affaire collective permanente.** Afin de développer cette idée, nous allons successivement examiner ce que recouvre la mise en procédure du travail et ce que signifie la notion de coopération professionnelle (3.1), nous verrons, ensuite, comment entretenir, entre ces deux pôles, une tension qui pourrait permettre la constitution du cercle vertueux de la démarche-qualité ; nous parlerons ici principalement d'attachement, de controverses²¹ et de latéralité (3.2). Dans le prolongement de cette suggestion, nous pointerons ce que nous croyons être une impérieuse nécessité : la « défaitichisation²² » ou « détotémisation » de la démarche-qualité (3.3).

3.1. Déclinaisons des notions de procédures et de coopération

La mise en procédures du travail (que celles-ci prennent la forme de normes, de protocoles, de référentiels, de guides de bonnes pratiques, de critères d'évaluation. . .) n'est pas une mode managériale récente. L'explication sociologique, qui associe ce phénomène au mouvement de la modernité, permet de comprendre ce qu'il recouvre et, par la même occasion, fournit quelques clefs sur la façon de penser et de gérer cette « procédurisation ». De la même façon, l'idée de coopération dans les organisations renvoie à un modèle ancien et précis des relations professionnelles ; le clarifier évite de confondre cette forme spécifique d'agencement des interactions de travail avec le vocabulaire managérial classique empêtré dans les notions de participation, motivation, consensus. . .

La « Modernité »²³ et la force de la procédure

Au sein des organisations modernes, c'est-à-dire celles qui naissent avec la conception de l'Organisation Scientifique du Travail (OST), la mise en normes et en écritures des pratiques s'est imposée comme une règle incontournable. La fiabilité des produits tout comme celle des entreprises, la professionnalité des salariés et la satisfaction des clients ont progressivement été associés à l'idée d'une codification toujours plus précise du travail de chacun. **Le souci de faire disparaître l'incertitude à propos de la valeur des produits existants sur le marché, tout comme l'intention de standardiser et de rationaliser les processus de fabrication conduisirent à l'idée de standardisation des productions.** Les procédures et les modes opératoires toujours plus précis, la mécanisation toujours plus poussée, ont contribué à façonner les organisations, leurs productions et les conditions de celle-ci.

La démarche-qualité, incarnée par la mise en place de normes et la formule désormais classique « Ecrivez ce que vous faites et faites ce que vous écrivez », n'est, dès lors, que le prolongement contemporain d'un mouvement qui est aussi ancien que les organisations modernes. Là où les régulations étaient pensées et pratiquées sur les modes de l'informel et de l'oralité, l'ajustement entre professionnels s'opérant dans des face-à-face continus, la normalisation et la scripturalité se sont peu à peu imposées. Aujourd'hui, se mettre d'accord verbalement est associé à du bricolage ; la « professionnalité », le « professionnalisme » passent par la mise en normes et en texte. Règles, protocoles, modes

²¹ La notion d'attachement est empruntée à M. Callon (1999), celle de controverse à L. Boltanski et L. Thévenot (1991) mais aussi à B. Latour (1989).

²² Si le lecteur croit pouvoir noter ici une faute d'orthographe (le mot fétichisation semblant plus conforme), nous l'invitons à patienter un peu dans l'attente de la justification que nous donnerons à cette curieuse écriture empruntée à B. Latour (1996)

²³ Nous comprenons le terme de modernité en un sens sociologique qui ne se confond pas avec l'idée de modernisme ou de modernisation. Il n'y a pas de jugement de valeur, positif ou négatif, associé à cette notion. La modernité est simplement un état de l'organisation sociale qui ne se confond pas avec celui que l'on pourrait qualifier de traditionnel.

opératoires, procédures en tout genre sont devenus les éléments de stabilité de l'organisation et avec elle, de la relation clients/fournisseurs et, plus globalement encore, du marché lui-même. On s'en félicite ou on le déplore, mais la normalisation et le passage de l'oralité à la scripturalité – où, tout ce qui est, comme ce qui doit être, se trouve gravé sur « les tables de la loi » –, ne sont autres que le mouvement classique du passage à la « Modernité », tel que les premiers sociologues l'ont dépeint. Lorsque Max Weber célèbre le surgissement de la bureaucratie, entendue comme une organisation à la division du travail approfondie et déposée dans des règles impersonnelles qui valent pour tous et en tout instant, il souligne le passage d'une organisation de type traditionnel, où le pouvoir procède du charisme du chef et de la tradition du milieu, à une forme organisée, plus « sociétaire » où le professionnel trouve son autorité dans sa spécialisation et l'existence de normes. Lorsque Talcott Parsons (1939) décrit les statuts juridiques propres à certains groupes professionnels (notamment les médecins) dans les pays anglo-saxons, il y voit le produit d'un processus de spécialisation fonctionnelle mais aussi de montée en puissance des normes d'action au sein des pratiques professionnelles. Évidemment, Weber et Parsons ne parlent pas de qualité, mais, selon eux, les modalités organisationnelles et professionnelles de la modernité, à savoir la mise en règles formelles d'une série de fonctionnements et de pratiques, constituent des avancées, des progrès des sociétés contemporaines. En effet, dans l'univers « bureaucratique » weberien et dans l'univers professionnel parsonien, chacun est traité à la même enseigne et se plie aux mêmes contraintes, chacun n'exerce que dans son domaine de compétences ; il en résulte non seulement une plus grande équité et une plus grande efficacité des pratiques mais également une pérennité plus forte de l'organisation, une sorte de continuité de celle-ci. **Le mouvement contemporain pour la qualité²⁴, qui valorise l'idée que la normalisation²⁵ est une garantie pour tous (producteurs et clients) ne serait qu'un prolongement, une radicalisation de « la modernité » décrite par Weber et Parsons, une sorte d'hyper-modernité (N. Aubert, 2004).** Dans la pensée managériale contemporaine, la norme et la forme écrite sont supposées donner des repères qui permettent d'indiquer, à un instant « t », ce que sont les bonnes pratiques, la façon d'avoir une continuité du service, de rendre traçables les productions et, conséquence obligée, de stabiliser la relation client/fournisseur. À la satisfaction du premier, consécutive de la disparition des incertitudes éventuelles du produit qu'il achète, s'ajoute la protection (économique, juridique et morale) du second. « Les paroles s'envolent, les écrits restent » dit-on communément ; du coup, il apparaît plus rationnel (« plus moderne ») de se prononcer sur les situations et ce qu'elles valent à partir du repère tangible que constitue l'écrit.

De ce point de vue, ce qui se joue à l'hôpital via, notamment, la mise au point de référentiels de bonnes pratiques, n'a rien d'exceptionnel. Ici, comme ailleurs, « la modernité » avance et, avec elle, la place et le poids des règles et des procédures. Il serait vain de s'y opposer et, de manière générale, malgré des propos exprimant souvent des ambivalences, il n'y a pas de rejet massif de ce mouvement chez les professionnels de la santé. Pour la quasi-totalité d'entre eux, on peut considérer que les normes et les procédures sont, le plus souvent, jugées nécessaires, parce qu'elles fournissent des repères qui peuvent aider à proposer un travail de meilleure qualité aux patients. Comme nous l'avons vu au travers des illustrations évoquées, **la difficulté réside moins dans leur existence même que dans leur mode d'élaboration et le contexte de leur mise en œuvre.** En même temps qu'ils soulignent l'importance des procédures, les professionnels indiquent ne pas les consulter très régulièrement, ou bien affirment qu'elles sont inapplicables, contradictoires au regard des moyens dont ils disposent. Elles ne sont que trop souvent des injonctions paradoxales, considèrent-ils généralement, tout en ne les rejetant pas totalement. Le paradoxe est parfois troublant ; dans le même entretien, on peut avoir, en alternance, les trois positions : « les procédures sont indispensables », « je ne les regarde jamais », « elles ne sont pas applicables ». Toutes catégories confondues (du brancardier au médecin), les procédures sont attendues et... souvent déclarées irréalistes, inapplicables (cf. florilège de citations en annexe). **Le constat est moins contradictoire qu'il n'y paraît. En effet, on peut avancer l'hypothèse selon laquelle la norme, qui dit la bonne pratique, est considérée comme nécessaire dans son principe et inutile dans sa forme car dégagée de toute prise en compte des conditions réelles de son application.** Dit autrement, la procédure devient une contrainte bureaucratique si elle n'est pas adaptée à ce que le professionnel estime être la situation de travail. Pour lui, il est « juste » que des normes existent, mais lorsqu'elles ne peuvent pas être ajustées à l'exercice pratique du travail, elles perdent toute légitimité. **La question qui se trouve alors posée n'est plus celle du bien fondé de l'existence des procédures mais bien plutôt des conditions à partir desquelles leur mise en œuvre**

²⁴ Dans l'industrie, les partisans de la démarche-qualité ont fondé, dans les années quatre-vingt, une association qui portait ce nom : « Mouvement Français pour la Qualité ».

²⁵ Dans le monde des entreprises, les termes de qualité et de normalisation sont totalement associés ; il n'est donc pas surprenant de constater que l'une des structures qui promeut les démarches-qualité en France se nomme : Association Française pour la Normalisation (AFNOR).

est jugée possible. Ici, c'est le rapport des collectifs de travail au corpus des normes qui disent les bonnes pratiques, qui devient central. La « justice » de la procédure est en dehors d'elle-même, elle réside dans le mode de confrontation que les personnels auront avec elle. Quand elle n'est pas travaillée par le collectif, offrant à chacun la possibilité de la mettre à sa main, alors la procédure est jugée largement inutile. Pour autant, son existence n'est pas rejetée dans son principe. La procédure, en elle-même, n'est pas refusée ; c'est sa légitimité à dire le « juste » qui est contestée dès lors que les utilisateurs estiment avoir été exclus de la définition de ce qui est « juste ». Bien sûr, la force de la procédure peut résider dans la loi (contrevenir à la norme devient répréhensible y compris juridiquement), mais la force de la loi n'élimine pas le fait que les acteurs peuvent continuer de penser que « ce qui est juste » (la juste pratique) est ailleurs que dans les « textes de la loi ». Avec une telle problématisation, on retrouve « les pensées » pessimistes de Pascal (« ne pouvant faire que ce qui est juste fut fort, on fit que ce qui est fort fut juste ») et surgit alors une interrogation pragmatique : **comment la « juste » qualification du travail peut-elle avoir assez de force pour faire loi auprès des professionnels ?** Avec cette question, la coopération entre les acteurs de l'hôpital devient une piste de réflexion possible.

La coopération : une modalité d'ajustement des uns aux autres

Dans le vocabulaire classique de la sociologie, la notion de coopération résonne de façon spécifique. Ce terme renvoie en effet à une figure très particulière d'entreprise qui émerge au XIX^{ème} siècle au sein du mouvement dit de « l'économie sociale ». Le modèle de la coopération désigne alors une configuration, nommée également coopérative, au sein de laquelle la division du travail revêt un caractère aussi égalitaire que possible. En d'autres termes, le mot de coopération n'est pas simplement synonyme de division du travail – opération au cours de laquelle chacun voit sa tâche articulée à celle d'un autre, comme c'est le cas, par exemple, avec l'OST –, il caractérise une forme au sein de laquelle chacun compte pour un. La force de l'organisation réside alors dans la reconnaissance mutuelle que tous s'accordent. Rien – ni une position hiérarchique, ni un type de métier – n'est censé autoriser quiconque à ne pas reconnaître l'autre et à ne pas coopérer avec lui. Aucune grandeur symbolique, ni un quelconque charisme ne peut justifier que soit contrevenu à la maxime : « un homme, une voix ! ». Le modèle de la coopération (voir sur ce point E. Enriquez, 1992), que l'on qualifie généralement d'utopique, correspond à une sorte d'espace citoyen où dans l'échange de tous avec tous, se construit l'intérêt commun au sein de l'organisation.

Évoquer ici la coopération, ce n'est évidemment pas renvoyer l'hôpital à ce modèle classique que prônaient les socialistes utopiques du XIX^{ème} siècle. Toutefois, ce terme nous permet d'insister sur l'importance que peut avoir, au sein de la division du travail, la question de la connaissance et de la reconnaissance mutuelle des professionnels, condition *sine qua non*, selon nous, de la production d'un commun. Ainsi, la coopération ne désigne pas seulement des gens qui travaillent ensemble ou bien qui ont le sentiment d'appartenir à un groupe soudé. Travailler ensemble peut se dérouler dans une logique de stricte juxtaposition. Combien de fois avons-nous entendu des soignants indiquer que les médecins, par exemple, ne les voyaient pas, même s'ils se croisaient tous les jours depuis des années et bien que ce soient eux qui appliquent les prescriptions médicales ? De même, un groupe peut être très soudé (cf. le service de chirurgie mentionné plus haut) mais dans une logique de fractionnement entre professionnels. Tel groupe ne s'entendant pas avec tel autre, peut cultiver sa cohésion interne sur le mode du repli. Dans ces cas de figure, la division du travail ne correspond pas aux formes de coopération que nous croyons être favorables à la pérennisation et la valorisation de la qualité. **Coopérer, ce serait plutôt se connaître (dans et au travers de son activité), se reconnaître et penser les articulations au travail non sur le mode de l'interdépendance mais sur celui de l'interaction²⁶ où chacun occupe, dans sa fonction, une position essentielle à la production commune. Pour ce faire, il n'est pas besoin que chacun s'efforce de ressembler à l'autre, de gommer ce qui le spécifie ; il suffit que tous s'accordent sur l'idée qu'ils ont une égale compétence au « jugement » (ce qui ne veut pas dire que tous les « jugements » se valent), c'est-à-dire la capacité à qualifier « le juste » (Boltanski, Thévenot, 1991), doit être reconnue à tous.**

²⁶ Les notions d'interdépendance et d'interaction sont fréquemment utilisées l'une pour l'autre, là où pourtant les sociologues établissent une solide distinction entre elles. Ainsi l'interdépendance désigne une relation mécanique de type causal (par exemple l'interdépendance entre variables dont le sociologue souligne les effets déterminants) alors que l'interaction évoque la réciprocité d'actions dont les mouvements restent aléatoires. Pour le dire encore autrement, lorsque Durkheim étudie les causes du suicide, il met en lien des relations d'interdépendance (tels agencements de variables traduisent ou non des situations anomiques et par là conditionnent ou non l'apparition du suicide) ; lorsque Simmel étudie la manière dont des actions réciproques structurent l'espace (et non l'inverse), il indique, avec Kant, que celles-ci ouvrent une « possibilité de co-existence » (Simmel, 1999, pp. 601), laquelle n'est jamais déterminée. L'interdépendance débouche sur la détermination quand l'interaction laisse la place à l'aléatoire, à l'événement.

Il y a là, pensons-nous, un socle essentiel à la coopération. Explicitons le propos. Nous associons l'idée de coopération à la construction théorique de L. Boltanski et L. Thévenot, connue sous le vocable des « économies de la grandeur ». Les auteurs y développent le point de vue selon lequel « l'agir ensemble » ne peut être pensé sous l'angle exclusif des rapports de force (la violence symbolique d'une relation hiérarchique, d'une règle...) ou des effets de l'habitude – elle-même produit de la socialisation, de l'acculturation. Bien sûr, ces deux dimensions existent, mais elles ne doivent pas écarter la possibilité de penser que le lien entre personnes peut aussi se tisser à partir de « conventions » qui forment la trame invisible de « l'agir-ensemble ». Selon les auteurs, chaque individu, dès lors qu'il accorde à l'autre « la commune dignité humaine », c'est-à-dire qu'il reconnaît en l'autre l'altérité en même temps qu'il le perçoit comme « un autre soi-même », est en capacité de passer avec autrui « un accord » (figure de convention solide et durable) ou un « compromis » – figure de convention provisoire et plus fragile que la précédente mais définissant tout de même un cadre possible de « l'agir-ensemble » – et ce en raison du fait que chacun partage ce que nous pourrions nommer ici un même patrimoine socio-anthropologique²⁷. Ainsi, indépendamment de leurs cultures, de leurs appartenances, de leurs histoires, de leurs (dis)positions sociales, les personnes ont toujours compétence à déployer une vision « du juste » (comprise comme l'attitude qui convient) à partir d'une pluralité de référents (que les auteurs nomment « Mondes » ou « Cités »²⁸). Ainsi, successivement et sans se contredire, une même personne est-elle capable de considérer, au fil des scènes de la vie quotidienne, que ce qui est « juste » se trouve déposé, tantôt dans le respect de la tradition (les règles du métier, le serment d'Hippocrate), tantôt dans l'utilisation des techniques modernes (la performance de nouveaux outils ou instruments), ici dans le caractère génial d'une décision (fondée sur l'inventivité, sur l'esprit de découverte), là dans la conformité à un texte (qu'il soit législatif ou simplement réglementaire), ailleurs dans la rentabilité d'un choix (estimé plus ou moins efficient selon son ratio coût/rendement), à un autre moment encore dans le caractère démonstratif de telle ou telle option (réussir à marquer l'opinion du plus grand nombre). Ces différents principes, à partir desquels se définit ce qui est « juste », peuvent être mobilisés alternativement au cours d'une seule journée par une même personne selon les situations auxquelles elle se trouve confrontée et ce indépendamment de ce qu'elle est – socialement, hiérarchiquement, culturellement, ... –. Partant de ce constat, les auteurs pointent le fait que, du coup, existent toujours pour les protagonistes d'une scène – qu'elle quelle soit et indépendamment de ceux qui la jouent – des possibilités de trouver un terrain d'entente sur ce qui peut être « la juste » attitude ou décision. Soit en mobilisant un même système de références, soit en établissant des équivalences entre des systèmes différents, les acteurs ont toujours (potentiellement au moins) la possibilité de s'entendre – fût-ce *a minima* sous la forme d'un « compromis » – et donc d'« agir-ensemble ».

Notre acception de la notion de coopération inclut donc l'idée que celle-ci résulte d'interactions dont les caractéristiques sont d'être tournées vers la quête « d'accords et de compromis » sur ce qui vaut, sur ce qui est « juste », et se différencie donc nettement de l'idée que le ciment de « l'agir ensemble » se trouve exclusivement dans la contrainte ou dans l'habitude.

À partir d'une telle appréhension de ce terme, autant évoquer sans détour un de nos constats majeurs : **les organisations hospitalières ne paraissent pas exceller en matière de coopération.** Si, comme dans le service d'odontologie et, dans une moindre mesure, sur l'unité d'hospitalisation de jour en pédiatrie, nous avons pu apercevoir des formes de coopération, ce qui domine dans nos observations reste du ressort de la séparation. Les divisions multiples, en territoires (les secteurs, les services), en temporalités (les équipes de nuit, de matin, d'après-midi), en catégories et sous-catégories professionnelles, en niveaux hiérarchiques (avec les enchevêtrements fonctionnels et/ou hiérarchiques), font des hôpitaux des ensembles morcelés, fractionnés en de nombreuses forteresses. Ces cloisonnements expriment et alimentent simultanément, des conflits entre groupes et des replis protecteurs sur les équipes, au détriment de la constitution d'ordres négociés (Strauss, 1992). Ainsi la confusion peut surgir ; là où une équipe paraît soudée, on peut être conduit à parler de coopération alors qu'il n'en est rien. Dit autrement, un groupe en appui sur son « identité intrinsèque », dès lors qu'il se tient à distance des autres collectifs de l'organisation, peut développer une attitude de rétraction, d'isolement, de « repli fondamentaliste » (sur le métier, le service, l'équipe...) qui n'a pas grand rapport avec la coopération. Dans ce cas de figure, le groupe peut avoir ses propres procédures ; elles sont les siennes et ne lui permettent pas nécessairement de travailler avec les autres professionnels. Pire, elles peuvent

²⁷ Le raisonnement ne vaut que dans notre espace temporel (la modernité) et géographique.

²⁸ L'univers théorique et conceptuel de L. Boltanski et L. Thévenot repose sur un vocabulaire très spécifique. Nous ne le restituons pas ici avec fidélité et dans toute sa complexité ; cela supposerait de longs développements que les exigences de concision du présent texte interdisent. Pour une présentation simplifiée de leur édifice théorique, on peut voir Amblard et *alii* (2005) et pour une ré-explicitation et un prolongement (L. Thévenot 2006).

jouer le rôle « d'étendard identitaire », servir de support à une constante opération de « distinction » (au double sens suggéré par P. Bourdieu, 1979). Ainsi, l'absence de coopération peut, comme évoqué tout à l'heure, ne pas rendre possible l'appropriation de la procédure qui, vécue comme imposée, perd sa légitimité à dire « le juste » ; mais la non-coopération peut aussi, à l'inverse, conduire un collectif à se servir de la procédure comme d'une grandeur symbolique lui permettant de se distinguer d'autrui mais en prenant le risque de s'isoler. L'absence de coopération n'interdit donc pas la procédure, mais celle-ci n'a plus d'effet dynamique en ce qu'elle vient figer et cloisonner les pratiques.

Ayant défini les termes de notre modèle, il est désormais possible de s'interroger sur ce qui peut mettre en tension ces deux dimensions. **Comment attacher ensemble les procédures et la coopération ?**

3.2. L'attachement des procédures et des coopérations : les mérites de la controverse et de la latéralité

Le débat sur la pérennisation et la valorisation de la qualité à l'hôpital conduit à analyser les processus à partir desquels peuvent s'ajuster entre elles les différentes conceptions de ce que les professionnels estiment être les « justes » pratiques. Comme il n'y a pas de conception universelle de ce qui est « juste » et que chacun peut y aller de sa définition (comme nous l'avons montré avec les différentes visions « indigènes de la qualité »), il faut **s'interroger sur la façon dont un « compromis » peut surgir de ces visions multiples.** Rappelons que le « compromis » sur les valeurs de la qualité, sur ce qui est considéré comme étant la « juste » façon de penser le travail, procède nécessairement d'une confrontation entre la pluralité des principes de justice que les professionnels peuvent mobiliser. Le gestionnaire, le médecin, le soignant (et à l'intérieur de chacune de ces catégories, les spécialistes de chaque discipline : le directeur des ressources humaines et celui s'occupant des finances, le chirurgien et le spécialiste de médecine interne, l'infirmière et l'aide-soignante...) ont tous leur propre façon de penser et d'estimer ce qui est « juste » ou pas. Si la procédure n'est pas l'expression continue d'un mélange de ces conceptions, elle ne sera pas légitime. Si la coopération n'est pensée que sous la forme d'une simple division du travail (et son corollaire la délégation du sale boulot), alors la qualité est vécue comme étrangère. Si procédures et coopération ne sont pas attachées, alors la qualité est durablement bloquée. Reste à savoir comment faire.

Nous pensons que les procédures n'ont jamais autant d'intérêt que lorsqu'elles sont le produit d'échanges controversés entre acteurs lesquels sont pris dans un même procès de travail. Elles correspondent à une sédimentation provisoire (qui n'a d'intérêt que si elle est provisoire et remise en chantier continuellement ou, à tout le moins, à chaque fois que les acteurs le sentent nécessaire) **et résultent de discussions, d'ajustements réciproques.** Elles sont, au bout du compte, ce « commun » dont nous avons parlé à plusieurs reprises. **Produites dans la controverse, c'est-à-dire dans la friction entre des positions qui ne peuvent s'assimiler les unes aux autres, elles sont des conventions instables dont c'est justement l'instabilité qui fait la force** (sans cette instabilité elles deviendraient des normes figées). En outre, le processus à partir duquel elles sont mises au point, parce qu'il suppose des échanges contradictoires²⁹, vient alimenter la coopération entre acteurs. **À terme, le mouvement ici décrit débouche sur un cercle vertueux qui produit simultanément les procédures et la coopération, dans une logique sans fin puisque les premières ne sont jamais que provisoires, soumises qu'elles sont à un ajustement permanent des opinions sur la qualification du juste travail entre acteurs qui, par nature, demeurent différents (dans leurs fonctions, métiers, statuts, hiérarchie, etc). La dynamique-qualité, sa pérennisation, sa valorisation se nichent dans cette tension qui conduit les deux dimensions à se nourrir réciproquement dans une course perpétuelle. Plus la coopération est installée, plus il est facile de se confronter sur les qualifications du travail et plus les procédures peuvent être rediscutées.**

²⁹ C'est-à-dire qu'il ne se trouve pas, avant même d'avoir commencé, clos par le simple jeu de mécanismes symboliques conduisant à ce qu'il y ait à chaque fois « deux poids deux mesures » dans la prise en compte des points de vue de chacun.

Dans le service d'odontologie où il nous a été donné d'observer une dynamique s'approchant d'assez près de la description théorique que nous venons de préciser, la facilité avec laquelle la prise de parole semble s'effectuer (sans qu'une symbolique quelconque vienne freiner l'expression individuelle et collective) et le décrochage par rapport à toute démarche-qualité officielle constituent des éléments sans doute essentiels de la dynamique. Pour le dire encore autrement et de façon plus radicale, **la pérennisation de la démarche-qualité, entendue comme la tension permanente entre procédures et coopération, n'est possible que si toutes les expressions (y compris les désaccords) sont possibles et que les personnels n'ont pas l'impression d'être sans arrêt en train de préparer une épreuve.** Mais ces scènes de controverse ne sont pas si fréquentes.

Lorsque la procédure d'accréditation prévoit une auto-évaluation des personnels, avant le passage des visiteurs, nul doute qu'elle tente d'instaurer ce type de scènes au sein desquelles les professionnels peuvent se confronter et nourrir de la coopération. En appui sur les référentiels, la démarche d'accréditation leur offre l'occasion de produire ce compromis sur la qualification du travail. **Mais, nous l'avons vu, ces instants ne sont que temporaires, ponctuels.** Ils ne se déploient qu'à l'échelle de l'établissement sur des logiques transversales ne s'incarnant pas au niveau des services (y compris dans la V2). En outre, ils ne rassemblent, le plus souvent, qu'une minorité de salariés. Ils sont donc largement insuffisants et ne peuvent alimenter cette tension entre procédures et coopération. En dehors de l'existence de ces groupes, **l'hôpital nous semble manquer cruellement de ces scènes et espaces où la controverse vient alimenter ce mécanisme de connaissance et reconnaissance entre professionnels et avec lui la réflexion sur les pratiques professionnelles et leur mise en forme textuelle.** En effet, à l'échelle des établissements, les groupes de confrontation existants se limitent soit aux instances officielles du jeu des relations professionnelles (CA, CTE, CHSCT, CME, ...), soit à des regroupements intra-statutaires – l'équipe de direction, l'assemblée des cadres... –. Bien sûr, à l'échelle des services, les réunions d'équipes sont potentiellement des espaces que l'on pourrait considérer comme des lieux permettant d'attacher la réflexion sur les pratiques, les procédures et la coopération, mais rares sont les unités qui rendent possible ce type de fonctionnement, rattrapées qu'elles sont par la quotidienneté et la dimension pratico-pratique des questions soulevées. **Comment créer dès lors ces scènes manquantes ? Sur quel principe ?**

Pour multiplier les occasions et les scènes de controverse, nous défendons l'idée de la latéralité ou encore le principe de ne pas prendre comme seul support de discussion l'objet-qualité lui-même. En effet, là où la dynamique qualité nous est apparue installée, la coopération entre personnels nous semblait ne plus être tournée vers le souci exclusif de production de procédures mais s'ouvrait à d'autres dimensions : les projets de service et d'équipe, les formations individuelles et collectives, la controverse sur l'usage des techniques et le recours aux innovations, la nature des relations aux patients et leur mode de participation à la définition des progrès de leur prise en charge, les contacts avec l'extérieur (du service), c'est-à-dire au sein de la totalité de l'établissement mais aussi au travers de réseaux de soins et plus généralement de réseaux de santé. **Cette dynamique de la discussion, de la controverse, autour des pratiques professionnelles entendues au sens large, a pour vocation de produire, outre des échanges autour de la qualification du « juste » travail, une connaissance et une reconnaissance réciproque de tous les acteurs du soin, malades compris. C'est là que résident sans doute certaines des conditions d'une véritable coopération.**

Dans un contexte où l'institution-hôpital est frappée de plein fouet par le « déclin du programme institutionnel » (cf. rapport intermédiaire), selon la formule de F. Dubet (2002), tout ce qui peut provoquer le recul de la tendance au repli frileux sur l'intra-groupal, tout ce qui nourrit l'articulation à l'autre (l'autre équipe, l'autre profession, l'autre service...) et la coopération, faisant ainsi refluer une conception fractionnée et cloisonnée de l'identité, participe des conditions favorables à l'organisation de la tension entre procédures et coopération. **Paradoxalement et contrairement à une position fréquemment avancée, tout appel à se recentrer sur le métier, pour donner du sens aux activités, pourrait alors se comprendre, au bout du compte, comme une invitation à renforcer les cloisonnements et à rendre bien difficile la conception que nous avons développée de la coopération.** Le fractionnement est plus propice aux querelles de chapelles, aux mouvements de défense des forteresses, qu'à l'échange, à la discussion, à la confrontation qui sont autant de passages obligés pour fabriquer du commun, rendre possible de l'agir ensemble et au final produire de la reconnaissance mutuelle.

Nous l'avons dit, cette reconnaissance mutuelle, qui est au fondement de la coopération, ne s'obtient pas à coups d'incantations managériales favorables aux rapprochements. Les acteurs sont différents et ont de bonnes raisons de tenir à ces différences ; il n'est pas souhaitable de vouloir « javelliser » lesdites différences au prétexte que ce serait la condition d'une coopération améliorée. Ce qu'il convient plutôt de mettre en place, ce sont des occasions de provoquer des confrontations ; celles-ci portent en elles-mêmes le processus de reconnaissance mutuelle. Se connaître d'abord, pour se reconnaître ensuite. **Bien sûr, la question de la qualité et l'opportunité que constitue la mise en débat de**

procédures qualifiant les bonnes pratiques, offre une occasion de provoquer ce type de confrontations, mais il n'est pas certain que cela soit la seule, voire la meilleure voie qui soit. En effet, les rencontres entre protagonistes de l'hôpital peuvent être suscitées à tout propos et avoir toujours le même objectif : dissoudre les frontières qui interdisent la coopération véritable. Par exemple, les actions de culture à l'hôpital (qu'il ne s'agit pas de confondre avec les animations culturelles dans les services ou encore l'art-thérapie), lorsqu'elles font de la scène hospitalière un espace artistique (un film, un concert, une conférence) et qu'elles rendent possible que cohabitent, dans un atelier d'écriture ou chorégraphique, un malade, un professionnel, un artiste...., offrent ces espaces de rencontre et de confrontations-découvertes (G. Herreros, 2004).

Lorsque nous avons commencé à avancer ce type de constats lors de nos restitutions du rapport intermédiaire, ceux-ci ont parfois suscité des réactions négatives. Ici, un médecin nous a reproché d'encourager à la disparition de « la culture du travail » en louant les mérites des actions qui installent le loisir dans l'espace organisationnel ; là, un membre du conseil scientifique de la HAS a estimé le propos « hors-sujet ». ... **Nous persistons et signons pourtant : là où sont offertes des possibilités d'ajustements réciproques entre acteurs, que ceux-ci portent sur des procédures ou sur un projet, sur un article ou sur une opinion exprimée à propos d'une initiative artistique, d'une œuvre, c'est aux conditions d'une connaissance et reconnaissance réciproques que l'on travaille, c'est-à-dire aux conditions de l'agir-ensemble.**

Prenons un autre exemple. Lorsque dans un établissement hospitalier se met en place l'expérimentation de la nouvelle gouvernance et que, dans ce cadre, des médecins se rencontrent avec des directeurs d'établissements, des cadres de santé, des IDE, etc... pour définir ce que pourraient être les contours d'un pôle – dès lors évidemment que celui-ci est conçu comme autre chose qu'un simple découpage bureaucratique formel de plus (Herreros-Milly, 2004) –, ne s'agit-il pas aussi de démarche-qualité ? Des médecins qui refusent la nouvelle gouvernance et se déclarent candidats pour être élus au conseil exécutif afin, disaient-ils, de bloquer « la logique financière et les mauvais coups qu'elle porte à l'hôpital public », nous ont déclaré, après quelques mois de fonctionnement, avoir découvert les directeurs en travaillant avec eux et ne plus percevoir la situation comme auparavant. Les opportunités de rencontre dans l'espace de travail, quel que soit l'objet-support, peuvent susciter de nouveaux regards, une autre relation à l'autre et, au bout du compte, de **nouveaux collectifs**. Ce sont eux qui portent la dynamique de la coopération et avec elle les possibilités d'une tension entre celle-ci et la mise en travail de nouvelles pratiques professionnelles.

Nous sommes ici au cœur de ce que nous appelons la latéralité. Pour pérenniser les démarches-qualité, il n'est pas certain que les seules voies possibles soient celles de la mobilisation directe et frontale (ce à quoi correspond plutôt la démarche d'accréditation). Si celles-ci peuvent s'avérer utiles, voire indispensables, dans leur effet déclencheur, il convient de les relayer par d'autres approches toutes entières tournées vers le développement de nouveaux collectifs. De la connaissance et reconnaissance de leurs membres dépend leur capacité à construire des communs dont la qualification des « justes pratiques » est une illustration.

3.3. « Dé-faitichiser » et détotémiser la démarche-qualité

La discussion engagée à propos du modèle invitant à penser la question de la pérennisation-valorisation de la qualité comme résultant d'une mise en tension entre les logiques de la procédure et de la coopération, conduit aussi à **considérer comme obstacle majeur au développement de cette dynamique tout ce qui freine le « débat » sur la qualité en même temps que toute focalisation excessive sur cette question.** En effet, tout au long de notre recherche, nous avons été confrontés, de la part de professionnels engagés dans « le combat » de la qualité, à une forme d'engagement militant qui, à force de s'exprimer dans la radicalité, finissait par transformer leur conviction en une sorte de « totem » et avec lui, son tabou : la critique de la qualité.

Dans la tradition anthropologique, voire psychanalytique, le totem est un objet sacré, aux vertus symboliques magiques. Le vénérer, se prosterner devant lui, correspond à une forme d'allégeance dont on attend qu'elle fournisse un certain nombre d'avantages. Toute atteinte au totem est répréhensible et passible de sanction ; on ne s'attaque pas impunément à ce qui est sacré. Ce type de comportement, B. Latour (1996) s'est employé à le montrer, n'est pas l'apanage des seules communautés « archaïques ou primitives ». Il n'y a pas que les « non-modernes » qui vénèrent les objets sacrés. En effet, ceux-là même qui s'auto-désignent sous le vocable de « modernes » (entendant, par là, marquer le fait que, contrairement aux « primitifs », eux croient en la raison et aux « faits scientifiques ») ont également tendance à sur-investir certains « objets », certains « faits » et tout particulièrement dans le champ technique ou dans celui de l'expertise. Ainsi, les « modernes » (parmi lesquels on trouve toutes sortes d'experts dont les spécialistes en matière organisationnelle) accordent-ils souvent aux objets qu'ils ont fabriqués (à l'instar des primitifs

se prosternant devant les totem confectionnés de leurs propres mains) des vertus considérables, des potentialités hors du commun. Que ne sauraient résoudre les sciences ou les machines ? Faits techniques et scientifiques, ces objets aux forces parfois telluriques finissent par fonctionner comme des « faitiches ». Il est attendu de leur utilisation, des résultats, de l'efficacité, du rendement, du progrès... de la qualité. Dès lors, parés de ces vertueuses potentialités, les « faitiches » ne souffrent guère la contestation, ni la critique. **Quiconque s'engage sur les sentiers de la mise en question des potentialités sacrées d'un « faitiche » attente au totem, transgresse le tabou. Les « modernes » développent à l'égard de leurs « faitiches » la même foi que n'importe quel membre d'une communauté de croyants.** Au nom de la « cause », ils s'engagent dans une activité prosélyte et ne souffrent guère que leur engagement fidéiste soit contrarié. Depuis une telle perspective, toute forme de contestation, de doute, de critique est perçue, au mieux, comme une incompréhension, au pire comme une hérésie. Fort logiquement, il leur faut alors convaincre et/ou réduire la dissonance traitée comme une dissidence.

C'est au sein d'un cadre de ce type, très « faitichisé », que nous semblent se développer les controverses hospitalières sur la question de la qualité. Les échanges ne sont, sur ce sujet, que très rarement poursuivis dans la sérénité. Quelques illustrations méritent d'être fournies.

Haro sur les iconoclastes

Lors d'une journée consacrée à la démarche-qualité, organisée à l'échelle d'une région, par des professionnels convaincus de la nécessité de mobiliser sur le sujet, nous étions invités à présenter une partie des analyses de ce qui allait devenir le rapport intermédiaire de cette recherche. L'essentiel de notre propos était résolument tourné vers ce qui nous semblaient être les fragilités des démarches-qualité et notamment celles inhérentes à la procédure de l'accréditation. Passant en revue quelques facteurs bloquants (« la lutte des places », « le bachotage », etc...), nous fûmes confrontés à des réactions symptomatiques du « faitichisme » entourant le sujet. L'exposé terminé, une série d'intervenants se succédèrent pour livrer leur effroi ou leur désarroi face à notre présentation. Successivement, un médecin impliqué dans les démarches-qualité (président de CME), un responsable-qualité, un consultant sollicité pour appuyer les établissements dans la démarche d'accréditation, réagirent avec verve. S'auto-proclamant porte-parole de la salle, ils dénoncèrent notre travail de « démoralisation » : « Ce n'est pas positif, vos analyses annihilent nos efforts », « Les sociologues, c'est bien connu, c'est tout mettre par terre et ne rien proposer à la place ». Par-delà les aspects rugueux des échanges (nous avons indiqué que les parti-pris d'une sociologie d'intervention ont pour effet de susciter ce type de réactions, elles sont donc attendues et... bienvenues), les réactions enregistrées témoignaient du registre d'implication de nos interlocuteurs. Sans doute, l'énergie déployée, les efforts consentis, la difficulté de la tâche, la lenteur des transformations, la conviction d'incarner le juste combat... sont autant d'éléments explicatifs de la ferveur qui semblait animer nos contradicteurs. **Cependant, les difficultés à accueillir nos remarques critiques, nous semblent attester d'une forme d'engagement si total dans « le combat pour la qualité », qu'il cousine avec ce que nous nommons (avec B. Latour) une adhésion « faitichiste ».** La métaphore d'un monde magique, voire ecclésial, offre, selon nous, dans cette situation, un certain rendement explicatif. **Notre intervention était iconoclaste ; littéralement, nos remarques critiques portaient atteinte au totem. Nous écornions « l'icône » de la qualité que chacun était venu célébrer.** À la tribune, tout au long de cette journée, les conférenciers s'emploieront tous, chacun à leur manière, à révéler les vertus de la démarche-qualité, qui dans son service, qui dans son établissement. Dans ce contexte, nos propos étaient non seulement démoralisants, mais surtout ils venaient rompre la cérémonie, sur un mode « barbare » (rappelons, avec C. Levi-Strauss, qu'étymologiquement le mot « barbare » signifie : « qui rompt le chant harmonieux des oiseaux »).

Tout à l'inverse de cette apostrophe vigoureuse ayant eu lieu en séance, nous fûmes, dans les interstices du colloque (les pauses, le déjeuner), approchés par nombre d'interlocuteurs qui, souvent timidement, venaient nous faire part de leur accord avec les positions présentées. Des soignants, des experts-visiteurs, des professionnels de toutes les catégories, tenaient à nous faire part du « vent d'air frais » auquel avait correspondu, selon eux, notre propos. Comment ne pas interpréter ces éléments comme corroborant les précédents ? Lors d'une « grand-messe », même parmi les communiantes, il est des fidèles qui s'interrogent, doutent, mais la cérémonie ne laisse guère de place à l'expression des incertitudes en question. Qu'une faille s'ouvre (ce que représentait sans doute un peu notre intervention) et les grands-prêtres s'empressent de la combler avec ardeur. Au-delà de la valeur de nos réflexions et du contenu même de nos propos, **leur expression permettait, par les réactions provoquées, de mettre en lumière la dimension « communauté croyante » chez les membres actifs des démarches-qualité à l'hôpital.** Comme au sein de toute communauté, l'identité ou la cause à faire valoir, puisqu'elle est un juste combat, justifie le repli défensif – en cas de menace – ou la conquête résolue. Dans une division du travail qui s'impose d'elle-même, un grand-prêtre, des apôtres, des fidèles, des croyants, tous se font prosélytes et se fixent pour objectif de convertir le maximum de

profanes. **Le propos peut sembler péjoratif ou stigmatisant, mais telle n'est pourtant pas notre intention. Nous souhaitons seulement souligner ici, combien cette apparente évidence de la nécessité de la qualité n'est encore très souvent que l'affaire de quelques-uns. Estimant incarner la juste voie, ils ne créent pas nécessairement les meilleures conditions d'une construction collective de l'objet qualité.** Combien de fois avons-nous entendu, depuis les couloirs de la HAS jusqu'à ceux de l'hôpital : « ils n'ont pas compris, nous devons expliquer » ? Pourtant, de leur côté, ceux qui sont censés ne pas avoir compris pensent avoir très bien saisi ce que seraient les enjeux d'une « vraie » qualité, mais n'entendent pas se convertir à une « religion » dont ils ne partagent pas les visées. Sur de telles bases, l'échange, au fondement d'une coopération elle-même indispensable à la pérennisation-valorisation de la qualité, s'annonce nécessairement difficile.

Quand la dissonance devient déviance

L'hôpital en question appartient à un grand CHU ; il est réputé être un des plus avancés dans les démarches-qualité. Accrédité parmi les tous premiers, sans réserve ni recommandation, prêt à s'engager pour expérimenter la V2, cette organisation évoque à bien des interlocuteurs une sorte d'établissement modèle : une sorte de « premier de la classe » ou pas loin. Les professionnels impliqués dans la mise en œuvre de la démarche-qualité, sur toute la chaîne catégorielle et hiérarchique, nous ont accueilli avec sympathie, compréhension, et se sont montrés disposés à nous laisser tout observer. Notre présence sur place fut fréquente dans toute la première phase de la recherche, participant à des réunions de travail de la cellule qualité, à des groupes d'auto-évaluation préparant la V2, etc. . .

Après la remise de notre rapport intermédiaire dont nombre de constats prenaient appui sur des observations réalisées au sein de cet établissement, notre terrain, si hospitalier, s'est soudainement dérobé. . . Jusque-là, toutes les portes nous étaient ouvertes ; des directions administratives aux services de soin, des contacts étaient tissés à tous les niveaux de l'organisation. Désormais, plus aucune de nos relances ne fut suivi d'effet. Bien sûr, bien des hypothèses indépendantes de notre travail pourraient être avancées pour expliquer ce que nous avons vécu comme un volte-face. Il nous est toutefois bien difficile de ne pas mettre en lien ce type de réaction avec les remarques précédentes sur le caractère totémique de l'objet qualité. Notre propos apparaissait sans doute par trop critique aux acteurs impliqués dans la démarche-qualité. D'alliés potentiels, notre propos, dissonant, nous faisait glisser vers la déviance. Tant que nous étions plus ou moins assimilés à la mouvance HAS (notre recherche étant subventionnée par elle), tout pouvait nous être montré, et nous étions sans doute jugés, *a priori*, dignes de confiance. Dès lors que nos analyses prenaient un tour inattendu, et pouvaient être comprises comme « hostiles », alors la collaboration devenait plus difficile. Considérés, sans doute, comme « traîtres à la cause », nous devenions peu fiables. L'analyse mériterait sans doute d'être nuancée mais, c'est le propre de ce que R. Sainsaulieu (1977) nommait les « communautés fusionnelles » de voir en toute dissonance une forme de dissidence. Dans un tel contexte, l'autre, le profane, symbolise soit une opportunité (une recrue potentielle), soit une menace (dont il faut se protéger en l'isolant).

À ces deux cas de figure, pourraient être adjointes bien d'autres illustrations. Toutes traduisent le « pathos » qui entoure souvent la réception de ce qui est perçu comme une évaluation critique des démarches-qualité. Ici, ce sont les responsables qualité d'un CHU qui ont reçu nos analyses intermédiaires avec un certain désappointement et une vive inquiétude : « Vous voulez tous nous mettre au chômage ? ». Ailleurs, et cette fois de façon inversée, c'est un directeur d'établissement qui, ayant été profondément blessé par le rapport d'accréditation dont s'était vu crédit son établissement et se sentant victime d'une injustice, a tenu à s'ouvrir à nous pour « vider son sac » : « Les experts, et leur responsable notamment, avaient un compte à régler avec l'hôpital ; ils ont voulu me briser ! ». Tous ces épisodes laissent entrevoir que les questions relatives à la mise en place d'une démarche-qualité à l'hôpital s'appréhendent le plus souvent sur un mode qui ne facilite pas l'échange et la réflexion commune. Dans un tel contexte, ceux qui ne se retrouvent pas dans les postures adoptées par les « croyants »³⁰ de la qualité peuvent, en réaction, entrer dans le débat sur un registre tout aussi passionnel, ou plus souvent, se sentir extrêmement éloignés et vouloir dès lors se tenir à distance. S'il y a bien un point commun aux trois monographies, c'est ainsi **le scepticisme exprimé par les différents personnels des services de soins face à la qualité quand elle est vécue comme une croyance, et inversement l'investissement qu'ils sont prêts à engager dès lors qu'elle leur paraît applicable, discutable, réalisable.**

Ce qui nous paraît essentiel pour la pérennisation et la valorisation de la qualité, c'est donc le mode de relation qui s'établit avec l'objet qualité : un mode détotémisé, « défaitichisé », nous semble vital. La démarche-qualité

³⁰ Soulignons que cette terminologie de « croyants » est également utilisée par M.-A. Dujarrier (2004) dans une thèse où elle compare les attitudes des personnels de santé et ceux de la restauration rapide face aux démarches-qualité.

ne paraît jamais aussi valorisée aux yeux des professionnels d'une équipe ou d'un établissement, et par voie de conséquence pérennisée, que lorsqu'elle n'est pas installée au rang de « totem », objet sacré qu'il s'agirait de vénérer parce que conditionnant l'excellence de l'établissement ou de la profession. En d'autres termes, la démarche-qualité ne doit pas devenir une finalité mais rester un moyen.

Qu'il s'agisse de latéralité ou de détotémisation, c'est à la fluidité des relations que nous renvoyons, à la mise en place de processus qui rendent plus faciles les controverses et par voie de conséquence donnent de la porosité aux frontières (que celles-ci soient définies à partir de logiques hiérarchiques, territoriales, professionnelles ou encore disciplinaires) intra ou inter-groupales.

Pour conclure ce chapitre, revenons sur ses principaux résultats :

- **S'il est une figure à partir de laquelle peut être pensée la pérennisation-valorisation de la démarche qualité, le modèle suggéré dans ce travail d'une tension entre procédures et coopération ne prétend pas être « une solution ». Il invite néanmoins à réfléchir l'objet-qualité via la mise en relation de dimensions qui ne sont pas toujours nécessairement connectées.**
- **La mise en place de « scènes » de controverses (des espaces-temps) est absolument essentielle pour entretenir la tension entre procédures et coopération, mais les « scènes » les plus efficaces ne paraissent pas devoir être celles qui touchent directement à la qualité. Tous les espaces de controverse, en ce qu'ils développent des mécanismes de connaissance et de reconnaissance entre professionnels, favorisent la qualité.** Comme le disent les qualiciens de l'industrie « c'est quand les principes de la qualité sont plutôt bien intégrés... que la qualité perd sa dimension de mobilisation du management et des salariés (cf. Revue *Qualité en Mouvement*, mars 2004). Dit autrement, la qualité peut être pérennisée et valorisée, y compris et peut-être surtout lorsqu'elle n'est plus un objet spécifique de débat.
- **Encore faut-il que la qualité puisse être discutée et non pas instituée au rang de « faitiche » sur lequel aucune critique ne paraît possible.**

Moins la qualité est séparée des autres dimensions du travail hospitalier, moins elle est installée au rang de croyance indiscutable, plus elle est banalisée et plus elle est pérenne et valorisée aux yeux des professionnels hospitaliers, de tous les professionnels hospitaliers.

Conclusion

Au sein des entreprises, la démarche-qualité a maintenant une bonne vingtaine d'années. Conçue d'abord comme le moyen de stabiliser et améliorer la relation clients/fournisseurs, elle est aujourd'hui assimilée plus généralement à une philosophie globale, à une certaine conception culturelle de l'organisation. L'entreprise soucieuse de qualité se pense désormais comme ayant une responsabilité allant au-delà de la question de la stabilité des transactions sur les marchés. Ainsi, aux strictes préoccupations relatives à la nature des relations entre clients et fournisseurs, elle ajoute celles relatives aux intérêts des actionnaires, des salariés, de l'environnement. En d'autres termes, c'est à une responsabilité plus globale, plus sociale, plus sociétale, que renvoie aujourd'hui la notion de qualité, à tel point que se substitue parfois au mot lui-même le terme de « développement durable ». **Ce constat ne doit pas aboutir à l'idée que les démarches-qualité ont disparu ; plus simplement, elles se sont intégrées dans un raisonnement plus global sur la fonction des organisations, comprises désormais comme des systèmes en interaction avec la totalité de leur environnement.** Ainsi, ce qui préoccupe aujourd'hui les « qualitiens » de l'entreprise, ce ne sont plus les seules normes iso. Pour nécessaires qu'elles sont, elles ne représentent qu'une infime partie de ce que recouvre la qualité, à savoir des systèmes de relations d'un nouveau genre plaçant les organisations dans des dispositifs en réseaux (essaimage, externalisation, « *supplian chain* » ou travail coopératif entre clients et fournisseurs) supposés faciliter l'accès au marché et optimiser la satisfaction des clients. Pour parvenir à ce mode de fonctionnement, les actions qualité (entendues comme le moyen d'obtenir une certification) ont largement été relayées et débordées par toutes sortes de stratégies économiques, techniques, managériales... Il ne nous importe évidemment pas ici de porter un jugement sur ce qui relève d'une véritable métamorphose des organisations et sur ce que certains sociologues nomment le « nouvel esprit du capitalisme » (L. Boltanski et E. Chiapello, 1999) ; toujours est-il que nous devons noter que la réflexion sur les dynamiques-qualité n'a constitué qu'une étape de ce mouvement. Ainsi, **ceux qui furent, dans l'entreprise, et des années durant, les « champions du management par la qualité », trouvent aujourd'hui cette thématique particulièrement réductrice lorsqu'elle n'est pensée qu'au travers de normes et de guides de bonnes pratiques.** Même la réflexion conduite en termes de « qualité totale », qui connut un certain succès à la fin des années quatre-vingts, semble elle aussi trop parcellaire et un rien désuète. **Ce type de constat nous paraît devoir être réfléchi par les protagonistes du monde hospitalier. Même si l'univers de l'entreprise n'est pas celui de l'hôpital, il nous semble que ce dernier pourrait, en opérant les traductions rendues nécessaires par la transposition, tirer parti de l'expérience de vingt ans d'actions-qualité en secteur industriel.**

La démarche-qualité dépend de postures qui, prises par chacun, finissent par s'incarner dans l'organisation. **A l'échelle individuelle, chacun pense généralement faire de la qualité, appliquer au mieux les procédures existantes, coopérer dans la toute mesure du possible avec les autres professionnels de la chaîne du soin, faire tout son possible au regard des moyens dont il dispose, être au plus près de ce pourrait attendre le patient, ... A l'échelle individuelle donc, le « défaut de qualité » ne peut provenir que d'un manque de moyens, d'une trop faible implication des « autres » ou alors de ce que les « autres » n'auraient pas « compris » ce qu'est la « vraie » qualité. L'intérêt – mais aussi la difficulté – des démarches-qualité est alors de dépasser cet ethnocentrisme, de susciter une réflexion collective, qui associe « soi et l'autre ».** En quoi la pratique professionnelle d'ego a-t-elle une conséquence sur alter ? Quelle est-elle et qui est-il ? Avec ce type de questionnement, les acteurs qui, à tous les étages de l'édifice constituant la politique de santé publique (hôpital compris), rendent possible le soin, s'ouvrent la voie d'une autre réflexion sur la qualité de leurs pratiques, de leurs décisions. **Mais comment pérenniser et valoriser cette démarche ?**

Nous l'avons dit : il n'y a pas de recette « miracle », de facteur déterminant, ni même de configuration idéale assurant la pérennité et la valorisation de la qualité à l'hôpital. Ces dynamiques, une fois déclenchées et / ou installées par les opérations accréditation-certification, passent par une multitude de dispositions qu'il serait bien limitatif en tous cas de vouloir ramener à quelques techniques de management supposées « conscientisantes », c'est-à-dire censées faire prendre conscience (aux acteurs jusque-là peu impliqués) de l'importance de la qualité telle que l'entendent les « managers ». Au cours de nos rencontres, nous ont été soufflées des suggestions sur la nécessité d'un pilotage participatif, sur la motivation, la responsabilisation des personnels pour dynamiser la qualité. De même, les thuriféraires de la qualité en appellent à l'implication des directeurs d'établissements, des médecins, des chefs de service, des cadres... tous, à tour de rôle, considérés comme

« LA » pièce maîtresse des dynamiques-qualité. Ici, certains proposent l'instauration de « prix » (prix du meilleur établissement, du meilleur service, du meilleur expert-visiteur...), d'autres réclament des incitations financières avec de meilleures dotations pour les plus performants. **Toutes ces directions risquent, pensons-nous, de fonctionner comme autant de gadgets dont les effets contre-productifs sont probables. Bien sûr, un prix-qualité décerné, un rapport d'accréditation valorisant « sans réserve ni recommandation », peuvent toujours susciter de la satisfaction (toujours très localisée) chez les uns ou les autres, mais ce ne sont pas ces « stimulations » qui créent durablement du commun, du collectif, de la coopération. Au contraire, elles tendent même, là où nous avons eu l'occasion de les observer, à décrédibiliser la démarche aux yeux des professionnels qui ne sont pas encore impliqués dans la démarche-qualité. L'implication de ces derniers ne se fait que lorsque la qualité leur paraît transposable dans leur quotidien de travail, comptable avec les moyens existants, plus soucieuse d'amélioration de la satisfaction des patients et des familles (qu'ils croisent quotidiennement), que de l'obtention d'un label professionnel honorifique mais jugé factice.**

Pris dans la tourmente d'une institution qui perd nombre de ses repères (F. Dubet, 2002), les protagonistes du monde hospitalier (patients compris) peuvent être tentés de se replier sur ce qui les singularise, le métier, la pathologie, la discipline, la sous-discipline, le secteur, l'équipe, ... ; ce faisant, dans un mouvement défensif, ils rendent difficile la pensée de leur activité dans la relation à l'autre. **Par voie de conséquence, c'est l'idée même de qualité (qui s'accommode mal du cloisonnement, du fractionnement, d'une réflexion sur la parcelle) qu'ils rendent improbable, même si cette rétraction s'accompagne d'une mise en procédure des pratiques. L'un des paradoxes de la procédurisation, c'est qu'elle offre un côté rassurant, *a fortiori*, lorsque le contexte semble se fragiliser, se friabiliser, alors même qu'elle peut correspondre à une démarche sclérosante et cloisonnante si elle n'est pas accompagnée du souci de faire vivre la coopération des collectifs de travail.** Nombre de configurations que nous avons croisées correspondaient à ce type de déséquilibre. À chaque fois que la double dimension procédures-coopération n'est pas prise en compte, le balbutiement des démarches-qualité nous est apparu patent. Ce constat ne s'accompagne malheureusement pas d'une recette indiquant les ingrédients de l'instauration et de la pérennisation desdites démarches. **Toutefois, tout ce qui peut concourir à créer des collectifs capables de se donner les moyens de construire des compromis sur ce qu'est la « juste » qualification de leur travail nous paraît pouvoir œuvrer à la qualité et ce même lorsque la démarche est très latérale et semble éloignée du sujet. Tout ce qui contribue aussi à « défaitichiser » la qualité, à la rendre accessible (parce que transposable dans le quotidien et non intouchable) aux yeux de tous les hospitaliers, concourt à diffuser, à infuser la qualité dans les esprits et les pratiques.**

Pour conclure sur un mode analogique et humoristique, nous mobiliserons une image³¹ que nous croyons illustrative de notre propos. Les démarches-qualité semblent se diffuser et s'incarner au sein des organisations selon la logique de l'infusion dans la théière. Une fois que le sachet est plongé dans l'eau, la diffusion de son contenu opère lentement. Les traces les plus nettes partent tout d'abord du sachet puis elles se dissipent en nuages selon une logique qui n'est jamais exactement la même et qui dépend d'une infinité de paramètres jamais reproductibles (la forme de la théière, la quantité d'eau, le poids du sachet, l'angle à partir duquel il touche le liquide, la force avec laquelle il est propulsé, la nature du produit qu'il contient, la chaleur de l'eau, son mouvement plus ou moins imperceptible, le temps d'immersion, ...). Pour activer le mécanisme de l'infusion, une seule certitude, il faut user d'une cuillère pour agiter le contenu et harmoniser la diffusion du sachet. Le modèle que nous avons proposé permettant de comprendre la pérennisation-valorisation des démarches qualité à partir de l'organisation d'une tension entre procédures et coopération peut être appréhendé en analogie à la logique de l'infusion. Le mouvement de la cuillère correspond à toutes les formes d'initiative qui vont permettre de mettre en lien, jusqu'à l'indissociable, l'eau et le thé. En appuyant directement sur le sachet ou en agitant l'environnement dans lequel il se trouve plongé, l'infusion s'opère. La coopération est aux procédures ce que l'eau est au sachet ; la tension est associée à la petite cuillère. Peu importe sa taille ou sa forme ; ce qui importe, c'est de l'agiter...

³¹ L'image est empruntée à une responsable qualité – dont nous nous excusons de ne pas avoir retenu le nom – d'un grand établissement bancaire français, lors d'un colloque organisé en 2004 par l'AFNOR.

Bibliographie

- Actualité et Dossier en Santé Publique* (ADSP), Revue du Haut Comité de la Santé Publique, Dossier « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », juin 2001, n° 35, La Documentation Française
- Alter Norbert, 1993, « La lassitude de l'acteur de l'innovation » *Sociologie du Travail*, n°4
- Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreros Gilles, Livian Yves-Frédéric 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil, 1^{ère} édition 1996
- ANAES, 1999, *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*
- Aubert Nicole, 2004 (sous la direction de), *L'individu hyper-moderne*, Toulouse, Erès.
- Aubert Nicole, de Gaulejac Vincent, 1990, *Le coût de l'excellence*, Paris, Klincksieck
- Bellaïche Michel, 2004, *L'après certification ISO 9001*, Paris, Editions Afnor
- Boltanski Luc, Chiapello Eve, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard
- Boltanski Luc, Thévenot Laurent, 1991, *De la Justification, Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard
- Bonnet Estelle, 1994, *Analyse sociologique des actions qualité dans l'entreprise industrielle. Des visions indigènes en représentation*, Thèse de doctorat, Université Paris X - Nanterre
- Bonnet Estelle, 1996, « Les « visions indigènes » de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 75, pp. 77-93
- Bourdieu Pierre, 1979, *La distinction, critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.
- Briand Sylvie, Bazin Anne, Gerbaud Laurent, 2001, « Perceptions de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, n° 1, pp. 29-46
- Callon Michel, 1999, « ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *sociologie du travail*, 1/99, Vol 41.
- Callon Michel, Latour Bruno, 1991, *La science telle qu'elle se fait*, Paris, La Découverte
- Claveranne Jean-Pierre Candel Danielle, Dubois D., Fraisse Stéphane, Marchaudon Pierrette, Robelet Magali, Vinot Didier, 2003, « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé », Rapport de recherche ANAES
- Cochoy Franck, Garel Jean-Pierre, de Terssac Gilbert, 1998, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000 », *Revue Française de Sociologie*, vol. XXXIX, n° 4, pp. 673-699
- Cochoy Franck, de Terssac Gilbert, 1999, « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, n° 46, pp. 3-18
- Cochoy Franck, 2001, « Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins », *Sciences sociales et santé*, n° 2, pp. 99-109
- Crozier Michel, Friedberg Ehrard, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil
- Deleuze Gilles, 1988, *Le pli, Leibniz et le baroque*, Paris, Minuit
- Dubet François, 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil
- Dujarrier Marie-Anne, 2004, *La prescription de l'idéal dans les organisations de services de masse*, Thèse de sociologie, Jussieu Paris 7, à paraître aux PUF.
- Enriquez Eugène, 1992, *L'organisation en analyse*, Paris, PUF
- Fraisse Stéphane, Robelet Magali, 2004, « Au-delà du consensus : les démarches-qualité à l'hôpital », in Charles Amourous, 2004 *Que faire de l'Hôpital*, Paris, L'Harmattan
- François Patrice, Peyrin J.C., Vinck D., Reverdy Thomas, Henry E., 2001, *Maîtrise de la qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital*, Rapport d'un projet de recherche INSERM / CNRS / MIRE.
- Friedberg Ehrard, 1993, *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Paris, Seuil
- Gonnet Françoise, 1992, *L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Larmar

- Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, 1998, « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit » », *Sociologie du travail*, n° 4, pp. 439-461
- Hatchuel Armand et Weil B., 1992, *L'expert et le système*, Paris, Economica
- Herreros Gilles, 2002, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Erès
- Herreros Gilles, 2004, *Petites liaisons culture-hôpital, variations sur le vital*, rapport de recherche et d'évaluation, ARH/DRAC Rhône Alpes, www.culture.gouv.fr/rhone-alpes
- Herreros Gilles et Milly Bruno, 2005, *La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : les voix de l'expérience*, Rapport de recherche pour la MEAH, septembre 2005
- Karpik Lucien, 1989, « L'économie de la qualité », *Revue Française de Sociologie*, XXX, pp. 187-210
- Latour Bruno, 1996, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux fétiches*, Paris, Synthélabo
- La qualité en mouvement* (Revue), 2004, « Dossier évolution de la qualité : le bilan 20 ans après ! », n° 62, février-mars
- Lozeau Daniel, 1996, « L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultat d'une étude dans douze hôpitaux au Québec », *Ruptures*, n° 2, pp. 187-208
- Mintzberg Henry, 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'organisations
- Minvielle Etienne, 1999, « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? », *Politiques et management public*, n° 4, pp. 59-84
- Mispelblom Frédéric, 1999, « Langage et stratégie au travail saisis par les normes d'assurance qualité », *Sociologie du travail*, n° 3, pp. 235-254
- Mispelblom Frédéric, 1999, *Au delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros
- Musselin Christine et Paradeise Catherine, 2002, « La qualité : état des lieux », *Sociologie du travail*, n° 44-2 avril-juin, pp. 256-260
- Parsons Talcott, "The Professions and Social Structure", 1939, in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, 2ème éd., Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49
- Pomey, Marie-Pascale, 2002, *La préparation à l'accréditation. Un outil de changement organisationnel ?* Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université de Montréal
- Robelet Magali, 2002, *Les figures de la qualité des soins, rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille II
- Rorty R., 1995, *L'espoir au lieu du savoir*, Albin Michel
- Sainsaulieu Renaud 1977, *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Presse de la FNSP
- Segrestin Denis, 1996, « La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production », *Revue d'économie industrielle*, n° 75, pp. 291-307
- Segrestin Denis, 1997, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché - Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue française de sociologie*, 38 (3), pp. 553-585
- Setbon Michel, 2000, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 51-68
- Simmel Georg, 1999, *Sociologie, Etudes sur les formes de la socialisation* Paris, PUF
- Strauss Anselm Leonard, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan
- Thévenot Laurent, 2006, *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte
- Tonneau Dominique, 1996, *L'organisation du travail dans les services de soins*, Lyon, ANACT

Annexes

Annexe 1 : Monographie Alpha

Alpha est un service d'odontologie installé dans un bâtiment autonome d'un établissement psychiatrique pavillonnaire. Lorsque nous entrons en contact avec le chef de l'unité, l'hôpital vient de recevoir son rapport d'accréditation. Comme bon nombre de personnels s'en doutaient déjà, il n'est pas excellent et comprend plusieurs réserves et des recommandations. Le climat social au sein de cet établissement public est assez mouvementé. Les organisations syndicales y sont très implantées depuis toujours et ne ratent pas une occasion de dénoncer le manque de moyens, la pénurie, la dégradation des conditions de travail et de soin. Lors de la restitution que les experts visiteurs ont classiquement organisée au terme de leur passage dans l'hôpital, les militants syndicaux étaient au rendez-vous avec banderoles et tracts pour dénoncer les contradictions d'une politique étatique revendiquant plus de qualité sans pour autant donner les moyens humains et financiers nécessaires à une telle orientation.

Le secteur d'odontologie fait figure, au plan de l'accréditation et plus généralement du souci relatif à la question de la qualité, d'exception au sein de l'hôpital. Il a, en effet, été érigé en exemple par les experts visiteurs qui ont considéré qu'il donnait à voir, sur l'accueil du patient, une bonne illustration de ce que recouvrait la démarche qualité. Un soignant du service nous raconte le passage des visiteurs :

« Le chef de service les a pris dans son bureau. Alors qu'ils ne devaient faire qu'une courte visite, ça a duré deux heures (rires)... Il est tellement passionné par tout ce travail sur la qualité qu'il a dû les assommer. Ils sont ressortis enthousiastes ».

Indépendamment d'une image de qualité, qui vaut parfois quelques railleries à ses membres (« *Mes collègues me charrient un peu...* "Alors ! t'es le premier de la classe" me disaient-ils après l'accréditation »- le cadre du service), le service d'odontologie à été, un an avant la procédure d'accréditation, « primé » par une fondation pour la qualité de son travail, pour le décloisonnement qu'il promeut au travers du développement de son activité. Quand on entre dans le service, le « trophée » qui lui a été décerné en cette occasion est immédiatement visible, encadré et accroché au mur qu'il est. Ailleurs, au sein de l'unité, des photos de la cérémonie qui fut organisée le jour de la remise du « prix » sont affichées. On y voit quelques représentants des personnels entourant le chef de service :

« On est fier de ça oui, ça fait toujours plaisir d'être reconnu pour son travail, mais ce que l'on fait ici ce n'est pas pour avoir des « prix » ou être cité en exemple par les visiteurs de l'ANAES. On s'en moque un peu. Ce qui nous préoccupe c'est la satisfaction de nos malades » (Une infirmière).

L'activité

L'unité est très ancienne dans l'hôpital. Elle fut longtemps consacrée à soigner les malades de l'établissement, dont la pathologie mentale rendait difficile qu'ils puissent être soignés ailleurs ; le service accueillait également les professionnels travaillant sur le site. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, à l'occasion d'un changement de chef de service, l'unité a réorienté son activité et s'est considérablement développée. Constatant que les patients qui lui étaient adressés se présentaient le plus souvent dans un état lamentable et que les soignants ne se décidaient à les conduire jusqu'ici que lorsque la situation était dramatique, c'est-à-dire « lorsqu'il fallait tout arracher », la stratégie du service fut de développer une action en direction des professionnels :

« Les malades arrivaient avec une bouche indescrivable ; tout le monde, personnel soignant compris, se faisait à l'idée que le malade mental était édenté ou ne pouvait avoir qu'une dentition ravagée. L'une des tâches que nous nous sommes assignées fut non seulement de soigner les malades mais aussi d'éduquer les personnels de l'hôpital. Passer dans les services systématiquement pour faire de la formation à l'hygiène bucco-dentaire à destination des personnels est aussi devenu une de nos tâches prioritaires » (Le chef de service).

S'engageant dans cette voie, le nouveau chef de service décidait de ne plus accepter de soigner les personnels du site et de ne se consacrer plus qu'exclusivement aux malades de l'établissement mais aussi, de façon plus générale, aux malades mentaux de l'agglomération qui, placés en institutions ou vivant dans leur famille, ne trouvaient pas de réponses à leurs problèmes dentaires chez les dentistes classiques : « *Vous savez pour faire ouvrir la bouche à un autiste ce n'est pas forcément facile. Les chirurgiens dentistes de ville n'y sont pas préparés* » (un chirurgien dentiste).

Fort de cette nouvelle orientation, le service s'est développé pour atteindre, au moment de notre enquête, une taille d'environ 20 personnes permanentes. Parmi elles, quatre médecins à temps-plein (au nombre desquels s'adjoignent de nombreux vacataires et étudiants), un cadre, des infirmiers et aides-soignants (une dizaine), deux secrétaires. L'activité du service comprend non seulement la pratique du soin intra-muros, la formation auprès des différentes unités de l'hôpital, mais elle débouche également sur des prestations hors les murs de soins, avec un camion ambulancier équipé se rendant dans des institutions pour personnes handicapées, ou sur des formations à destination des travailleurs du secteur sanitaire et social que les membres du service préparent à la vigilance bucco-dentaire avec leurs publics. Cette activité se prolonge par la mise en place d'un réseau ville-hôpital sur la question de la santé dentaire. Le service en est la tête de pont et associe des dentistes de l'agglomération.

La réputation du service, dont la spécialisation dans le soin dentaire aux personnes handicapées se trouve renforcée par le fait même que des structures de ce genre sont très rares en France, est telle que des patients accompagnés par leur famille viennent ici depuis des régions éloignées de plusieurs centaines de kilomètres.

Des procédures et un projet

Depuis l'arrivée du chef de service un travail de mise en procédures des pratiques a été engagé. Dès 1997, bien avant donc la mise en place de l'accréditation, le médecin-chef s'est organisé pour que toute l'activité de son unité soit revisitée, mise en texte. À la surprise des personnels, qui n'avaient encore jamais vu pareilles dispositions, l'ensemble des membres de l'équipe a été convié, à raison d'une demi-journée par semaine, à écrire tout ce qui pouvait l'être à propos de tous les secteurs d'activité de l'unité. De l'accueil des patients et de leurs familles, au travail administratif, en passant par l'activité de soin au fauteuil, tout fut passé au crible d'un examen minutieux et des centaines de procédures et protocoles ont été établis. Ce travail a duré des années. Au centre le souci de l'hygiène : hygiène pour les patients, hygiène des locaux, hygiène des soignants, hygiène des outils. Chaque texte écrit donne lieu à un travail collectif, et trois personnes au moins se chargent de sa conception, rédaction, relecture et correction. L'énergie dépensée dans le service sur cette question de la procédure est considérable en temps. La qualité est à ce prix affirme le chef de service, mais selon lui le moteur de l'action est ailleurs ; il est dans le projet du service :

«La qualité en soi, ce n'est pas un projet. C'est le projet du service (donner un soin adapté aux handicapés, former les personnels, souder une équipe. . .) qui inclut et donne la qualité. Notre projet a trouvé sa légitimité en ce qu'il apportait une réponse à des besoins qui n'étaient pas couverts jusque là. Travailler sur les procédures n'était pas une fin en soi. Je demande aux gens de connaître les protocoles c'est-à-dire les guides de bonne pratique, mais après il faut savoir adapter tout cela aux patients défavorisés. C'est cela qui importe. Au bout du compte la qualité n'est pas un projet mais un guide, un levier, un objectif, un résultat. . . Lorsque les handicapés ne sont pas soignés au plan dentaire, cela arrange tout le monde ; c'est une économie réalisée. C'est contre cette situation que notre service se bat. C'est parce que ce projet est légitime que nous sommes en plein développement. Notre croissance est importante. Elle soutient la démarche qualité. Un service qui n'a pas de projet capable de souder une équipe, risque de n'avoir pas de croissance et sans croissance il n'y a pas de qualité. Si on est en décroissance, on réduit le nombre de lits et dans un tel contexte il ne peut y avoir de mobilisation et encore moins de qualité » (Le médecin chef).

La coopération dans l'équipe et sa régulation

Le service ouvre ses portes 5 jours par semaine, sur une amplitude d'une douzaine d'heures quotidiennes. Les personnels n'assurent donc pas de week-end, ni de travail de nuit. Pendant 3 ans, chaque semaine, depuis 1997, les différents membres de l'équipe se sont retrouvés une demi-journée pour établir les protocoles de travail. Ils ont tiré, de ce travail collectif, l'habitude d'une véritable confrontation. Ainsi la mise à jour continue des procédures de travail est-elle régulière et la préparation de la V1 et de la V2 ne suscite pas de mise en tension particulière. Chaque mois, l'équipe se réunit pour faire le point sur tous les sujets qui lui paraissent nécessaires. La cohésion qui semble caractériser le groupe est entretenue par les temps formels de rencontre, mais aussi par une coopération engagée sur des axes de recherche et des axes de formation. Qu'il s'agisse des soignants ou des médecins, tous ont une activité de recherche dont un membre de l'équipe assure la coordination. Veille bibliographique et technique, recensement de résultats, exposé de cas cliniques, projet déposé devant le conseil scientifique de l'hôpital, . . . chacun se voit chargé d'une orientation particulière et, régulièrement, sur les sujets ayant donné lieu à investigation, des temps d'échange et de confrontation sont organisés. Il en va de la même logique pour la formation. Chaque année, chaque personnel s'engage dans un axe de formation (une technique de sédation nouvelle, le maniement d'un nouveau produit) et devient, à l'échelle du service, le référent sur l'axe en question. En outre, l'unité accueillant ou des praticiens dentistes vacataires ou des étudiants, des tâches d'encadrement et de formation incombent également aux membres de l'équipe.

Ces différentes orientations qui s'ajoutent à l'activité quotidienne, si elles représentent une surcharge d'activité, n'en constituent pas moins des opportunités de coopération, des occasions de collaboration et une responsabilisation vécue comme valorisante. Indistinctement, quels que soient la fonction ou le statut, les acteurs du service se rencontrent, discutent, se confrontent tant sur la question quotidienne de l'accueil des patients et du soin que sur les orientations plus générales de la profession, de l'activité.

Cette situation de coopération donne une impression de grande homogénéité d'équipe au visiteur extérieur. Ainsi, au premier abord, il n'est pas aisé de repérer la fonction de chacun, tant les barrières symboliques classiques, marquant les différences de statut, sont peu opérantes :

« La qualité, c'est un concept mais ici c'est plus que cela ; c'est des individus dans une équipe soudée » (Le cadre).

Cela ne signifie pas pour autant que les relations dans le service sont lisses ou consensuelles. La pression de l'activité, en perpétuelle croissance, la multiplication des projets –individuels et collectifs–, la facilité avec laquelle chacun prend la parole, le nombre des temps d'échange, la passion ou à minima l'intérêt de chacun pour son travail, attisent l'esprit de controverses. « Ici on se dit ce que l'on a à se dire. Les gens ont tous une forte personnalité. Les explications entre nous sont vives quand il le faut » (Une infirmière).

Les régulations de la coopération au sein du service sont multiples. Les référents communs (les procédures), l'intérêt pour l'activité odontologique, le sentiment d'être dans un cadre de travail et une unité plutôt valorisante sont des éléments d'équilibre importants mais c'est le patient et sa famille qui semblent être le ciment principal de ce collectif de travail. Tous évoquent l'importance de l'écoute, le sens clinique dont il faut faire preuve pour soigner des malades qui sont effrayés et très rarement disposés à se laisser soigner. Établir le contact, mettre en confiance, respecter le malade et son handicap, prendre le temps nécessaire... ce sont justement ces difficultés qui rendent l'activité intéressante :

« On fait des progrès considérables dans la mise en confiance des malades, dans la dédramatisation de la situation au fauteuil. On est encore obligé, parfois, de sangler quelqu'un, mais c'est rare. On utilise des techniques anesthésiques de pointe pour rendre le moins douloureux et le moins angoissant possible les soins. Là on emploie des gaz hilarants... c'est très performant même s'il faut qu'on fasse attention de ne pas trop s'exposer lors de leurs usages car leur inhalation peut provoquer des problèmes de santé à la longue... C'est très gratifiant pour nous de voir une famille qui voit pour la première fois son gamin handicapé accepter de se laisser soigner sans avoir peur ou sans que cela ne se passe mal. On multiplie les occasions d'échange avec les familles. Ce sont elles qui nous font progresser. On a mis un livre dans le service pour recueillir leurs remarques, leurs opinions sur ce que nous faisons. Le problème c'est que ce livre que nous voudrions être un aiguillon pour progresser se transforme en un recueil de louanges alors que ce n'est pas ce que l'on attendait. » (Une infirmière).

Un autre élément est sans doute à prendre en compte dans cette régulation, la place et le poids du chef de service.

Le poids du chef de service

Avant de prendre la responsabilité du service, le médecin a travaillé quelques années aux côtés du responsable précédent. Parti en Amérique du Nord compléter sa formation, celui-ci est converti aux démarches qualité et à leurs techniques : les procédures, les évaluations, l'interrogation sur les pratiques...

Lorsqu'il prend la direction du service il demande une mise à plat de ce qui se fait à l'ensemble des membres de l'équipe qui, peu habitués à ce type de démarche, s'inquiètent :

« Quand il a commencé avec ses procédures, qu'il voulait savoir qui faisait quoi en nous demandant de tout écrire on était inquiets. On ne comprenait pas où il voulait en venir. Ça commençait à crisper, car on pensait qu'il voulait nous obliger à partir. On peut pas dire que les choses se soient forcément bien passées au tout début... C'était un tremblement de terre pour nous. Il a tout mis à plat. On a eu l'impression que c'était une agression, que nous faisions tout mal et on croyait qu'il faisait tout pour qu'on parte. Mais heureusement, il nous a expliqué où on allait et où il voulait arriver. Heureusement qu'il a procédé ainsi. » (Une aide-soignante).

Les orientations du médecin chef apparaissent comme essentielles dans la démarche du service même si elles ne se suffisent pas à elles-mêmes et ne peuvent réussir que si elles ont un écho auprès des personnels :

« Au début, on n'avait pas grand chose pour travailler sur les procédures en 97. Je suis donc parti d'un référentiel d'audit utilisé en cabinet dentaire ; nous n'avions pas encore les référentiels de l'ANAES. Puis après j'ai décidé que l'on prendrait le temps nécessaire pour œuvrer à la qualité. C'est facile d'amboliser un service ; jour et nuit on peut travailler sans relâche ; c'est sans fin... Une fois que l'on a compris cela, on s'organise pour prendre le temps dont on a besoin pour mieux travailler. Les besoins de santé sont infinis, on arrêterait jamais. On pourrait faire de la prévention dans les écoles pour limiter les accidents de la route et limiter les arrivées dans les hôpitaux... Réfléchir à la santé publique c'est se situer en amont du soin. Si on se donnait le temps, on pourrait réellement travailler autrement, mettre des réseaux en place pour éviter de remplir à tout propos les hôpitaux avec ceux que les médecins libéraux ne veulent ou ne savent pas traiter » (Le médecin chef).

L'implication du chef de service est reconnue par tous les membres de l'équipe :

« Il y croit à ce qu'il fait ; du coup il arrive à nous entraîner et à convaincre aussi la direction de l'hôpital de le soutenir financièrement sur ces projets de réseaux et autres. On a obtenu des postes supplémentaires parce qu'il se bat pour » (Une infirmière).

Son implication s'accompagne d'un management qui, malgré une orientation-qualité marquée et des exigences incontournables (procédures, hygiène...), a su faire preuve d'une certaine adaptation :

« Avant, il était encore plus maniaque ; il vérifiait la poussière derrière les femmes de ménage (rire) Maintenant il n'a plus le temps alors il dit « je compte sur vous ». Il est obligé de faire confiance. L'équipe est stable depuis trois ans, cela ne bouge pas trop. Il n'y a pas de départ mais des arrivées.

Les chirurgiens dentistes du service ont tous été recrutés par le chef de service selon une procédure qui à chaque fois permettait aux nouveaux de faire un stage dans le service. Ainsi chacun pouvait voir de quoi il retournait et les possibilités de coopération pouvaient être testées de part et d'autre. Le lien au « patron » est tissé sur fond de respect de l'homme et du projet sans vénération particulière.

Les coûts humains de la qualité

Pour régulée qu'elle soit, cette situation « d'excellence » en matière de qualité (du point de vue des institutions comme du point de vue des personnels) ne va pas sans coûts. Le temps et l'énergie consacrés à la mise en procédure de toute l'activité, la mise à jour des centaines de protocoles, la constante vigilance sur les questions d'hygiène et de sécurité du patient usent les personnels. Même si chacun apprécie le travail qu'il fait et le contexte à partir duquel il le réalise (« *quand je vois comment cela se passe dans d'autres services ça me fait peur d'aller ailleurs. Je crois que je ne pourrai plus travailler ailleurs ; ici on a un sentiment de sécurité* »), la lassitude pointe chez la plupart des personnels :

« Je trouve que l'on en fait trop sur la qualité. Aussi bien dans le service qu'au niveau général des hôpitaux. On consacre trop d'emplois administratifs à ce sujet alors qu'ils pourraient être convertis en postes de soignants. Notre service a été cité en modèle au moment de l'accréditation ici. Mais c'est artificiel... Il y a trop de technique et pas assez d'humain. Il faut tout automatiser tout aseptiser, tout codifier... On a travaillé à faire des protocoles pour tout. Pour les machines pour les types de patients. Mais là, il faut qu'on recommence. Je me suis investi la première fois, mais là je ne veux pas. Faut recommencer tous les deux ans. Le temps que l'on passe à cela on ne le passe pas avec les malades. On les regarde jamais ces protocoles. Cela ne sert que pour les nouveaux qui arrivent.

Ces protocoles ne nous ont pas rapprochés. On est une petite équipe donc de toute façon, on se connaît tous bien. Je critique, mais cela n'empêche pas que j'aime travailler. C'est la responsabilité personnelle de chacun qui importe le plus. On fait bien notre boulot, mais j'ai pas l'impression que cela soit depuis l'accréditation. Le service ici est très tourné vers l'hygiène, mais ça tient à la personnalité du patron qui est phobique des microbes. Cela dit c'est rassurant pour tout le monde » (Un infirmier).

Le propos est ici ambivalent. Il laisse apparaître pêle-mêle l'intérêt pour le travail, le côté rassurant du service, la qualité des liens dans l'équipe mais tout ceci est imputé à la responsabilité de chacun. La dimension organisationnelle et ses effets sur les formes prises par le travail sont rejetés. Les « protocoles » et « l'humain » sont opposés :

« On peut pas tout protocoliser : on ne peut pas protocoliser la conduite d'un entretien psychique par exemple ».

Les projets qui stimulent l'activité collective sont eux aussi considérés de façon positive et critique à la fois :

« On a quand même aussi l'impression de ne pas tout mener au bout, comme on mène plusieurs choses à la fois. On a le projet d'une unité mobile. On y participe et il faudra recruter des gens. Quand on est dedans on a

envie de mieux faire et on se crée nous même nos protocoles nouveaux... Ici, faut pas être absent une semaine car tout a bougé entre temps... Des fois, y'en a marre, mais on se dit qu'on progresse tout le temps. On a le sentiment de pas finir ce qui est engagé et avec le recul on voit que cela c'est fait. C'est quand même lourd » (Une infirmière).

Le discours est unanime, des médecins aux aides-soignantes en passant par les secrétaires, il comprend une double dimension. La qualité entendue comme une activité protocolisée est à la fois utile et secondaire. On ne se sert pas des procédures, mais il les faut quand même. Ce qui importe c'est l'équipe mais celle-ci s'est formée dans le travail de réflexion sur les pratiques. L'entrelacs de ces différentes dimensions est manifeste.

« Les procédures, on les a faites parce qu'on nous les a demandées ; cela dit je trouvais bizarre que l'on est besoin de ces protocoles pour faire de la qualité. C est rare que je m'en serve... il y en a un quand même que j'utilise ; c est un protocole par exemple qui donne la marche à suivre quand il y a un accident avec saignement. Du coup, un protocole a un intérêt pratique sur les choses que l'on ne fait pas souvent. Cela dit, on n'a pas le choix, il faut faire ces protocoles, mais cela pénalise le soin car on y passe du temps.

Mais honnêtement, pour moi, la qualité, c'est pas les protocoles, c'est le professionnalisme de l'équipe. Cela est dû en partie au choix du chef de service qui sélectionne les gens qu'il recrute dans son service.

Ce qui soude l'équipe ? C'est la façon d'assurer l'accueil, l'hygiène, la confiance, la recherche ciblée que l'on réalise. Il y a 300 protocoles dans le service, ils ne sont pas tous mis à jour et on ne les regarde pas tous les jours. Cela dit, avant d'arriver ici j'étais dans un autre service et je ne savais pas ce qu'était la qualité. J'aurais du mal à y retourner. Je perdrais la qualité du travail, le sentiment de sécurité que nous avons. On se donne du mal, mais au final, on travaille dans de bonnes conditions même si c'est parfois un peu too much » (Une infirmière).

Ce qui doit être souligné ici c'est que l'action qualité reconnue, valorisée et pérennisée ne signifie pas qu'un point d'étape à été atteint. La dynamique est permanente et entretenue sans que ce soit nécessairement la qualité en elle-même qui soit visée. Les acteurs du service veulent réussir des projets, satisfaire les patients, rassembler des conditions de travail qui leur assure la sécurité. Cette « pression », alimentée par le chef de service mais aussi auto-entretenu par une équipe stable, n'est pas sans coûts humains ; la lassitude est une notion qui peut en rendre compte, mais celle plus connue en milieu hospitalier de « burn-out » pourrait peut-être convenir aussi.

Lors d'une restitution que nous avons assurée dans ce service pour débattre de ces questions, les personnels réunis ont tenu à insister sur le fait que la peinture plutôt favorable que nous faisons de leur action qualité se payait un prix élevé ; celui de leur énergie. La compensation majeure de ces efforts résidant dans une double dimension que cette citation exprime clairement :

« Tout ceci a un prix ; on se donne un mal de chien, mais surtout on lit la reconnaissance dans les yeux des patients » (Un chirurgien dentiste).

Annexe 2 : Monographie Bêta

Cette monographie concerne l'hôpital Bêta, un hôpital gériatrique d'un peu plus de 200 lits. La phase d'étude s'est écoulée sur plus d'un an et a consisté à rencontrer des personnels tout au long de la ligne hiérarchique, depuis la direction jusqu'aux aides-soignants. L'idée était de voir comment se pérennisaient et étaient valorisées – ou non – les démarches qualité aux différents échelons d'un hôpital réputé peu prestigieux (comme la plupart des établissements gériatriques), mais pour autant assez impliqué dans la réflexion sur la qualité. Le regard diachronique nous a permis d'observer *in vivo* l'évolution des perceptions de la démarche-qualité au fil du temps et de l'éloignement progressif à la phase de visite, de repérer certaines difficultés de la pérennisation de la qualité (comme le turn-over des personnels, directeurs inclus). Notons de suite que si Bêta est traversé comme les autres établissements de clivages professionnels forts, sa petite taille, sa spécialité gériatrique (multipathologies, pathologies non aiguës, fins de vie) et le sentiment de la plupart des personnels de travailler dans un établissement peu valorisé et peu valorisant constituent des dénominateurs communs non moins forts.

Le patient en fin de vie me fait beaucoup penser au patient en réa : tout le superflu disparaît, il n'y a plus que l'essentiel : la vie. On n'en est plus à des relations de politesse. C'est de la philosophie, ça (sourire). On a une relation plus profonde quand on touche les extrêmes, quand les gens sont proches de la mort. (infirmière)

En gériatrie, on a cette chance d'avoir toujours un questionnement éthique – c'est peut-être un bien grand mot mais je crois que c'est le bon – parce qu'on est sur le fil de la vie, tout près de la mort. Avant de poser une sonde naso-gastrique, on se demande l'utilité, l'intérêt pour la personne, pour sa qualité de vie. Ce sont toutes des personnes en fin de vie, avec un petit reste de vie. Qu'est-ce qu'on peut donner comme qualité de vie à ce petit reste de vie ? Dans les autres services, le patient est vu à la fois comme une pathologie et comme un individu. En gériatrie, on a plus cette approche éthique d'une plus grande prise en compte du patient, parce que la mort est proche, le patient est omni-présent. (cadre infirmier)

On a un dénominateur commun entre toutes les spécialités de l'hôpital : on n'a que des patients âgés ici, une moyenne d'âge de 85 ans. C'est un dénominateur fort. On n'a personne en dessous de 60 ans, sauf dérogation du conseil général.

Cela a un effet sur ce qui se passe au niveau de la qualité ou pendant l'accréditation, selon vous ?

Je pense qu'il y a surtout un effet lié à la taille, mais on a aussi, c'est vrai, une certaine culture qu'on ne retrouve pas dans les établissements MCO ou pluridisciplinaires. Ici, il y a une prise en charge qui unit plus les professionnels, une prise en charge du patient dans sa globalité, alors qu'ailleurs, le patient est traité sous l'angle du problème aigu, de la spécialité. Pour nous, une personne de 90 ans n'a pas qu'un problème de surdité, c'est nécessairement de la multipathologie. Il faut donc qu'on prenne en compte l'ensemble de la personne et qu'on cherche et trouve le meilleur équilibre. C'est sûr qu'on a des tensions avec les spécialistes sur les modalités de prise en charge du patient. Prenez une fracture du col du fémur : le chirurgien intervient et puis c'est fini. Une fois que la pathologie a été traitée, ils veulent les voir partir au plus vite : « La gériatrie, prenez-les ». Donc, nous, on doit récupérer les patients au plus vite. Et on les récupère avec des escarres ! Qu'ils ont parfois pris pendant l'hospitalisation ou même sur la table d'opération, oui, vous entendez bien : sur la table d'opération ! C'est un constat d'une prise en charge insuffisante des services de spécialité.

La gériatrie n'est pas une spécialité ?

Si, mais elle n'est reconnue que depuis peu de temps comme spécialité au niveau universitaire. En tous cas, il y a un point commun dans les services de gériatrie, un lien entre les rééducateurs, les soignants, les médecins : c'est le même point de vue de prise en charge de la personne âgée. (directeur adjoint)

L'implication de Bêta dans la démarche-qualité se veut beaucoup plus mesurée et modeste que celle qui est affichée par les établissements-phares des démarches-qualité, tels la plupart de ceux que l'on a retrouvés dans l'expérience de test de la V2. La démarche-qualité est ici pilotée par une responsable-qualité, issue des soins, en l'occurrence une cadre de santé affectée à plein-temps à un « service de la qualité » qui se résume à elle. Ses ambitions, reprises par l'équipe de direction, se résument à vouloir améliorer quelques dysfonctionnements, à s'attaquer à des problèmes abordables, mais certainement pas à viser des « prix qualité » ou des labels « sans réserve sans recommandations ». C'est pourtant ce label qui a été obtenu lors de la première accréditation, un label qui a été vécu comme un « coup de chance », un « effet d'aubaine » dans un établissement où les personnels (de la direction jusqu'aux aides-soignants) doutaient – et doutent encore, même après cette accréditation « réussie » – de leur capacité à produire de la qualité, à être aussi performant que les établissements-phares.

Si elle se veut assez modeste et mesurée, l'implication dans la démarche qualité est continue, beaucoup moins marquée qu'ailleurs par les rythmes de l'accréditation, notamment la montée en pression et l'effet soufflé : l'engagement a commencé avant la première accréditation avec la mise en place de groupes de travail ciblés, il s'est renforcé pendant la phase d'auto-évaluation avec la mise en place de groupes d'accréditation, il s'est atténué mais pas éteint après la visite et le rapport. Il est aujourd'hui assez fort (comparativement à d'autres établissements) et l'accréditation semble étonnamment responsable de cette force. Bêta offre donc la possibilité d'un regard nouveau sur la pérennisation et la valorisation de la démarche qualité.

Une démarche-qualité lointaine et modeste

Même si, comme nous le verrons, l'accréditation a fortement marqué de son sceau les pratiques et les représentations de la démarche-qualité dans l'établissement, il faut d'abord signaler que Bêta s'est lancé assez précocement dans une démarche de réflexion sur la qualité, en tout cas, avant l'entrée dans la phase d'accréditation, avec la mise en place de groupes de réflexion (sur l'hygiène, la restauration, la prise en charge de la douleur, la prévention des escarres, ...).

Mme B (référente qualité) : Il y avait, chez les cadres, tout un travail antérieur de réflexion sur les pratiques professionnelles, par exemple sur la prévention des escarres, sur la prise en charge de la douleur. L'accréditation n'a rien fait de nouveau, sinon mettre les choses en lien.

Mr A (directeur) : Oui, cela a fait des ponts, du réseau. On n'a pas eu à faire d'efforts pour coordonner les groupes. On a senti qu'il y avait un bon état d'esprit.

Un état d'esprit qui préexistait à l'accréditation ?

Mme B (référente qualité) : Oui, l'auto-évaluation a seulement servi à donner confiance et à valoriser le travail qui avait déjà été fait. Le groupe « dossier patient » a repris tous les documents de terrain qui montraient que la préoccupation qualité pré-existait. Le groupe « logistique » a organisé, lui, des réunions pour mieux s'organiser, avant la visite. Ils ont fait des fiches de dysfonctionnement, pour trouver des voies d'amélioration. En même temps, ils avaient la crainte de dénoncer : pour eux, la difficulté, c'était de ne pas faire du signalement pour du signalement, mais de signaler avec des propositions d'amélioration. On essayait par exemple les items de l'événement pour le transformer en événement positif.

Cet engagement dans la réflexion sur la qualité se voulait un engagement prudent et discret, avec des visées concrètes et pragmatiques, et un engagement très éloigné des démarches dites « qualitiennes ». Tous les responsables de l'établissement soulignent ainsi l'importance d'avoir choisi une responsable qualité d'origine soignante. Elle-même refuse la qualification de « qualitiennne », critique les « assistants-qualité de l'extérieur, « théoriciens », « jeunes et inexpérimentés », « souvent perçus comme des missi dominici un peu blancs becs », plus occupés à « se cantonner aux référentiels et à la théorie de la qualité » qu'à « accepter de travailler dans le sens des personnels », « sans leur compliquer la vie ». L'implication de la responsable qualité mais aussi de la direction dans la démarche d'accréditation se veut très mesurée dans ses ambitions : améliorer quelques dysfonctionnements, s'attaquer aux problèmes abordables.

Ici, pour objectiver les choses, on a d'abord fait un recueil de la satisfaction montrée par les familles dans leurs retours. Cela a permis d'élaborer des infos objectives et surtout de faire un retour aux services pour susciter de l'adhésion. Une fois qu'on avait ce recueil, on a pu avoir l'audace de s'attaquer à des choses plus compliquées pour les services : les chutes des patients, les problèmes de confidentialité, les problèmes de la contention physique des patients. On n'est pas parti tous azimuts, surtout qu'il y avait des endroits explosifs : les reports de rendez-vous par les médecins, les erreurs de prescription, ... Là-dessus, on n'a rien fait, on s'est attaqué au plus abordable. (référente qualité)

Vous savez, selon moi, la qualité, c'est de toutes petites choses, qui ne se voient pas. Certes, les réunions communes pour traiter globalement des dysfonctionnements, c'est bien, mais on est toujours dans la réunionite. Les réunions, c'est bien pour débattre d'objectifs mais pas pour résoudre un problème du type « il m'a manqué 3 repas mixés ou 14 fruits », bref, l'incident quotidien de fonctionnement. Or, pour améliorer le service rendu, il faut commencer par là. (directeur adjoint)

L'accréditation

Au moment où nous commençons nos observations, l'hôpital est accrédité depuis un an, avec le label « sans réserves sans recommandations » ; au moment où nous les terminons, la visite V2 est envisagée pour l'année suivante. Notre « terrain » se situe donc en plein dans la période « effet soufflé », celle où les perceptions des démarches qualité sont les moins marquées par le climat de tension et de pression du processus d'accréditation. C'est pourtant moins un

« effet soufflé » que semble avoir provoqué l'accréditation (même si cet effet n'est pas absent) que le maintien d'une certaine dynamique, comme si l'accréditation avait joué ici un « effet soufflet ».

Jusqu'à l'obtention du « label », peu de personnels s'étaient impliqués dans la démarche d'accréditation. Un « groupe de direction » – le directeur, quelques directeurs adjoints, quelques médecins et chefs de service, le directeur des soins, le cadre infirmier supérieur, le responsable qualité – s'était certes très fortement investi dans cette démarche, mais les autres personnels étaient soit beaucoup plus attentistes ou indifférents, soit réservés ou critiques. Interrogés *a posteriori* sur la façon dont ils voyaient alors la démarche d'accréditation, beaucoup soulignent qu'ils ne la connaissaient guère (dans ses finalités, modalités, référentiels, instances), qu'ils étaient certes informés de sa mise en œuvre dans l'établissement, mais qu'ils étaient peu impliqués et mobilisés, qu'ils n'avaient guère l'envie ou le souci de se mobiliser. Pour la plupart des personnels, la question prioritaire était alors la mise en place des 35 heures et l'accréditation n'était que « du travail en plus », « dans un contexte particulièrement mal approprié ». Dès lors, il ne paraît guère surprenant que les groupes (une dizaine de groupes d'une dizaine de personnes chacun) n'aient guère mobilisé pendant la phase d'auto-évaluation, hormis les personnes désignées comme les cadres soignants (chaque cadre a été nommé comme animateur de groupe) ou certains « désignés d'office », « déclarés volontaires ».

Je vais vous dire, je vais être très claire, on a travaillé pour l'accréditation pour que le directeur du moment puisse monter en grade. C'est tout, c'est clair.

Comment ça s'est passé, la préparation de l'accréditation ? Vous avez participé à des groupes de travail ?

Oui, j'ai été dans un groupe de travail. Un lundi matin, on m'a convoquée. La surveillante m'a dit : « Vendredi, t'es dans un groupe de travail ». J'ai pas eu le choix. (...) On était une quinzaine convoquées. Au bout du 2^{ème} jour, la moitié était partie. Mais on a continué et finalement on a fait une nouvelle fiche, on était content. Quand le directeur est parti, il nous a peine remerciés. Il aurait pu passer dans les unités, nous remercier pour l'accréditation, car sans nous, il ne l'aurait pas eu son accréditation sans réserve sans recommandation, et il n'aurait pas eu sa promo. Mais non, rien. Il aurait eu des cochons à gérer, cela aurait été la même chose. (aide-soignante)

On a l'impression que les cadres infirmiers sont assez porteurs de l'accréditation, que les infirmiers beaucoup moins...

Nous – l'équipe – c'est vrai qu'on n'est pas dans le côté accréditation.

L'équipe ?

Les infirmiers et les AS. On n'est pas révoltées, pas rebelles, mais on n'a pas attendu ce genre de choses pour travailler en qualité. Ce discours de l'accréditation... Quand même, si, on a été plutôt en révolte contre ce discours. *A priori*, on se disait que c'était assez négatif. Et *a posteriori*, je peux vous dire que ça n'a pas changé ma vie.

A priori, a posteriori ?

Avant et après la visite et le rapport, je veux dire.

Est-ce que vous avez senti un effet de l'accréditation, des changements ?

Ca m'a rien fait, non. Moi, ces critères... Je sais pas. C'est encore un truc en plus, c'est tout. C'est encore très irréel, pas trop à notre portée, comme tout ce qui est informatique. C'est un outil peut-être, mais c'est un outil qui nous pose plus d'inconvénients que d'avantages, un outil irréel, mais avec une pression forte pour qu'on l'utilise ! Nous, on essaie de penser qualité de travail. Comment voulez-vous alors accréditer la qualité quand on nous demande seulement des quantités ? Il y a un roulement monstrueux des gens, il faut toujours qu'il y ait plus de chiffres, on n'a pas le temps de voir les patients.

Vous auriez des exemples de situations où vous êtes confrontée à ces difficultés ?

Oui, tenez : à peine deux heures après la mort d'un patient, on libère la chambre, on le remplace, on peut en mettre un autre à la place, on prend pas le temps de faire le deuil, même pas 5 minutes. Pourtant, on en a besoin. C'est difficile pour les équipes. Moi, je ne me sens plus en accord avec ce système, je ne peux plus me sentir en accord. Un autre exemple : j'ai passé 5 ans en court séjour, je n'avais pas le temps de parler 5 minutes avec les patients. N'aller voir un patient que pour des gestes techniques, lui poser une perf, ça ne m'allait plus.

Vous avez senti des évolutions au cours de votre carrière ?

Oui, le chiffre au début, on le sentait, mais ça s'est accentué. Il y a une certaine usure peut-être, mais il y a aussi un contexte : le rendement, le souci du chiffre, la qualité dont on parle parce que c'est seulement la mode. (infirmière)

L'accréditation, comment vous la voyez ?

Pour moi, c'est très réglementé, très ordonné. Pour tout vous dire, c'est très bien qu'il y ait quelqu'un ici qui s'en occupe à notre place. Nous, dans les services, on prend ça pour un travail supplémentaire, du temps supplémentaire qu'on ne pourra pas passer avec le patient. Et c'est là notre priorité : s'occuper des patients qui sont là. (cadre infirmier)

Comment l'accréditation a-t-elle été vécue dans les services ?

Pour les équipes, c'est vécu comme ça : le truc qui a été pensé en haut et qui ne descend pas. Ceux qui participent aux groupes de travail se rendent compte que ce n'est pas à des années lumière de leur quotidien. Mais pour les autres, c'est encore un truc en plus, alors qu'ils pensent très bien savoir ce qu'ils ont à faire. Le « on sait très bien ce qu'on a à faire », c'est plus que courant, surtout pour les anciens. Et pour les jeunes, les nouveaux recrutés, la priorité, ce n'est pas l'accréditation : c'est mettre en œuvre ce qu'ils ont appris en formation, connaître l'établissement et les pathologies, avant de se poser la question de la qualité-accréditation. Pour tout le monde, ce sont des classeurs en plus, des infos à aller chercher, des contraintes supplémentaires. Et puis, l'accréditation, c'est déroutant. Cela oblige à modifier certaines pratiques : quand c'est écrit, on se rend compte qu'on ne faisait pas comme il faut. Cela étant, c'est difficile de généraliser. L'avis des agents dépend beaucoup du contexte : quand on est dans un contexte de problèmes d'effectifs et de matériel, de pénurie ou d'arrêts maladie, l'accréditation est très critiquée. Quand le contexte est plus facile, un peu moins. En tous cas, la qualité, ce n'est pas acquis. Les cadres sont plus sensibilisés que les équipes, parce que elles ont souvent été chefs de groupes de travail et ont été plus actives, mais il y a quand même des moments de retombée. (cadre infirmier sup)

Comment vous voyez l'arrivée de la V2 ?

On l'attend, la V2. V1 était tournée sur la sécurité, la continuité des soins, avec quelques thèmes médicaux, mais surtout beaucoup de thèmes sur la technique. V2 va se réorienter sur les pratiques médicales, Coulomb l'a très bien dit l'autre jour. Vous y étiez ? A posteriori, je me dis que c'est pas plus mal d'avoir regardé les grands traits du fonctionnement, et maintenant de regarder nos pratiques. En tous cas, je ne le vis pas comme une agression. Et l'équipe médicale non plus, je crois, elle n'est pas résistante à l'accréditation. C'est assez bien vécu dans l'ensemble. Et puis on le perçoit comme quelque chose d'obligé.

Quel est le « plus » selon vous de l'accréditation ?

C'est de prendre conscience qu'on ne peut plus continuer de travailler comme on le faisait. Il faut s'interroger.

Cette interrogation a déjà eu lieu ?

Au niveau médical ? Pas sûr. Mais c'est en germe. Les experts m'ont beaucoup interrogé sur la continuité des soins. Maintenant, c'est un argument que j'évoque quand il faut organiser les congés. Cela m'excentre par rapport à mon ressenti personnel : je suis le garant de la continuité des soins, ce n'est plus affectivé, je n'ai plus à faire plaisir à untel ou untel, ni à taxer un autre. Je suis le garant investi de la continuité des soins.

Cela donne donc un poids dans les arguments que vous mobilisez ?

Oui, cet être immatériel qu'est l'ANAES permet de faire souffler les chefs de service. C'est un tiers qui impose. Coulomb endosse, on est content. (sourire).

On en est donc plus à une phase de réticence des médecins ?

La réticence, elle s'explique. Il faut dire que c'est quand même un langage rennais, l'accréditation ! (rires). Il faut déjà les comprendre, leurs signes : « Aujourd'hui, sous-groupe CQF », c'est un langage un peu abscond, non ? Que les administratifs s'y sentent bien dans ce langage, c'est normal. Que nous, on ne s'y sente pas, c'est normal aussi. Pour nous, le monde de l'hôpital, c'est les médecins, les soignants, et puis les autres. Et puis, nous, on a beaucoup de travail. (chef de service)

Comme le montrent ces cinq extraits volontairement « hiérarchiquement » ordonnés, les jugements que les personnels soignants et médicaux émettent sur l'accréditation ou encore ceux qui leur sont prêtés sont rarement très enthousiastes. On retrouve dans l'établissement Bêta, comme ailleurs, quelques discours radicaux dans leurs critiques des caractères « généralisant », « factice », « théorique », « hyper-trop-procédural », « trop contraignant », « irréaliste », « palmarès », « gavant », « sans intérêt », « pas à notre portée », « rennais », « abscons », « américain » de la démarche d'accréditation (autant de qualificatifs que nous avons empruntés à nos différents interlocuteurs).

Pour autant, ces avis critiques n'ont jamais pris dans l'établissement les contours d'une résistance affichée, ni chez les soignants, ni chez les médecins, souvent accusés ailleurs d'être les plus réticents. L'accréditation était alors surtout vécue comme une affaire du « groupe de direction », non pas sur le ton du regret ou du reproche, mais plutôt sur celui de la satisfaction que ce groupe prenne en charge une affaire « mangeuse de temps ». L'accréditation – et ce d'autant

plus que l'entrée dans cette démarche n'avait pas été « choisie » par l'établissement et qu'elle était inévitable – n'était pas non plus considérée comme une question jugée susceptible de venir perturber un climat social globalement serein (relations médecins-direction, direction-personnels). Au moment de l'entrée dans la démarche, la CME n'avait pas émis de réserve(s) et les organisations syndicales n'avaient pas jugé utile de réagir officiellement, ni positivement, ni négativement. Au moment de l'auto-évaluation, les prises de position syndicales n'étaient pas plus nombreuses et l'on comptait même beaucoup de syndiqués (présents à titre individuel) dans les groupes d'auto-évaluation. Dans les souvenirs des personnels, c'est plutôt la distance et l'indifférence qui caractérisaient leur vision de la démarche d'accréditation. Mais l'obtention du label « sans réserves sans recommandations » a quelque peu modifié la donne.

Contrairement à ce qui apparaît dans les premiers extraits cités, les avis qui se dégagent sur la démarche et la période d'accréditation sont plutôt positifs, en tout cas, beaucoup plus positifs que dans nombre d'établissements. Est-ce seulement lié au fait que la première accréditation ait abouti au label « sans réserve sans recommandation » alors même que l'établissement ne se sentait pas parmi les « élus » potentiels, qu'il se vivait comme un établissement quelconque voire plutôt en retard sur la question de la qualité, et qu'il était plutôt étiqueté comme un « vilain petit canard » par les établissements environnants ? Si l'on suit l'avis des différents personnels rencontrés, l'obtention du label a moins été vécue comme un succès triomphal, que comme une chance, un effet d'aubaine. Les personnels se disent évidemment tous « contents » des résultats de l'établissement, mais ils ne se sentent ni totalement responsables de ce résultat, ni véritablement concernés par le label. C'est plutôt le sentiment d'avoir eu de la chance à la « roulette russe des experts », en « tombant » sur des experts compréhensifs (mais en craignant par là-même que la chance ne se retourne contre eux lors de la prochaine accréditation), qui domine.

Les équipes ont des craintes sur l'accréditation à venir.

Plus que pour la 1^{ère} accréditation, vous pensez ?

Oui, c'est sûr. On ne sait pas sur quels experts on va tomber et puis on sait que ce sera moins facile que la 1^{ère} fois où les choses démarraient. Je suis intimement convaincue, quand il y a des choses qui démarrent, qu'il vaut mieux être dans le premier wagon : tout le monde se cherche ensemble, les experts et les personnels. (cadre infirmier supérieur)

Dans les services que vous dirigez, vous pensez que l'accréditation touche tout le monde ? L'ASH, le brancardier, ... La réflexion est allée jusqu'à eux ?

Oui, je pense. Il y a bien eu des réticences parce que cela venait du directeur, mais il y a quand même un état d'esprit qui change. On a observé des choses surprenantes : des gens qui s'approprient la boutique, qui défendent l'institution. Comme quoi, c'est bon de se faire attaquer de l'extérieur.

Comment le « sans réserve sans recommandations » a été vécu alors ?

Le « sans réserve sans recommandations » ? Cela a fait plaisir au directeur, mais c'est bien tout. Nous, on est prudent. On se méfie. (chef de service)

Sur le plan des pratiques, on sait tous qu'on est aussi nul que tous les autres. Et puis, on sait qu'on a eu la chance de tomber sur des experts ouverts qui avaient plus dans l'esprit d'évaluer les processus d'amélioration que de juger d'un état parfait. Nos experts ont bien vu qu'on avait des points faibles mais ils ont surtout trouvé important qu'on les ait aussi repérés et qu'on ait construit des démarches d'amélioration. On sait bien que c'est pas l'état d'esprit de tous les experts : il y en a qui ne recherchent que les défaillances, que ce qu'il y a à faire. (directeur adjoint)

Au-delà de ce sentiment largement partagé d'avoir eu de la chance, se manifeste un intérêt certain pour la démarche d'accréditation chez les différents personnels qui, par delà leurs divergences de points de vue (cf. supra), s'accordent globalement pour reconnaître le caractère utile et nécessaire de l'accréditation, ses effets positifs : amorce d'une nouvelle réflexion sur le travail à l'hôpital, opportunités de mise en place et de légitimation de nouvelles procédures, occasion de renforcement de certains protocoles, embryon de nouvelles formes de coopération entre professionnels, sentiment d'être au moins partiellement et indirectement reconnu dans son travail et son souci de qualité au quotidien. Contrairement aux établissements où l'annonce de réserves et de recommandations a parfois fait l'effet d'une « bombe » ou d'une injustice, l'annonce du label a ici permis de mobiliser, en tout cas de ne pas démobiler. Bêta se présente ainsi comme un élève moyen dont tout le monde doute et qui doute lui-même de son niveau et de sa capacité à réussir l'examen et qui finalement réussit avec mention, se découvrant ainsi aux yeux des autres et à ses propres yeux comme un élève « pas si mauvais que cela ».

« L'accréditation a donc été plutôt bien vécue, vous disiez... »

Mr A (directeur) : Oui, elle n'a pas été vécue, comme ailleurs, comme une mise en accusation mais comme un constat. C'est le sentiment que j'ai eu quand je suis arrivé ici, mais ce n'est pas qu'un sentiment. Il y a un travail qui continue depuis la visite et le rapport, sans que j'ai eu à impulser des choses. On a eu beaucoup de commissions qui ont continué à travailler sur plein de thèmes liés de près ou de loin à l'accréditation.

Mme B (référente qualité) : Par exemple, le groupe hygiène qui existe depuis au moins 10 ans, donc avant l'accréditation, et qui a continué à travailler après. Au moment de l'accréditation, le groupe a pris conscience de choses manquantes, par exemple la mise en place d'un classeur. Aujourd'hui, cela continue.

Mr A (directeur) : On retrouve des choses semblables dans le groupe restauration ou dans le CLIN. Il y a l'état d'esprit de rester sur une bonne performance. Le passage de l'ANAES a poussé les gens à voir ce qui dysfonctionnait mais aussi à rester sur le haut niveau, à être vigilant sur tous les contextes. Il y a une volonté de poursuivre dans le contexte post-accréditation et dans la perspective de la prochaine accréditation en 2006. Mais si c'était plus précoce, on ne serait pas perturbé du tout : les gens sont prêts à aller vers cela. Il y a un état d'esprit qui reste là. »

L'accréditation, ça a été un moteur fantastique, parce que personne ne voulait être pris en défaut. C'est quand même une remise en cause de nos modes de fonctionnement à l'hôpital, et cela ne s'est pas fait sans cris et gémissements, évidemment. Parce que tout le monde n'est pas prêt à se remettre en cause. Le plus gros avantage de l'accréditation, c'est d'avoir fait travailler les gens ensemble : cela nous donne une ouverture sur l'autre et puis un moyen de faire bouger certaines pratiques.

C'est un levier ?

Oui, oui, oui. Cela permet un décloisonnement, une opportunité de remise en question. Ça a changé beaucoup de choses en ce qui nous concerne, nous les pharmaciens. On a d'abord énormément besoin de reconnaissance et puis cela nous va bien de respecter les procédures, les signatures.

Les choses ont beaucoup changé donc depuis l'accréditation ?

En fait, je me rends compte que je vous parle plus en termes d'espérance que de réalité. Les choses sont plus à faire qu'elles ne sont faites. Cela étant, il y a un contexte de mouvement, de dynamique, d'acceptation de remise en cause. Et puis il y a des axes qui sont quand même particulièrement travaillés dans l'accréditation : la sécurité, la confidentialité, ... Il vaut mieux être dans ces axes. Notre chance, aux pharmaciens, c'est d'y être. (...)

Vous y croyez donc quand même un peu à cette démarche ?

Là encore, je sens bien qu'il y a une part de croyance, d'enthousiasme dans ce que je vous dis qui ne correspond pas à la réalité telle que je la vois. Vous avez raison, on s'est enthousiasmé un peu artificiellement, mais faut tenir bon quand même. Il faut des gens qui craquent des allumettes de temps en temps.

Que pensez-vous de la pérennisation de cette démarche ?

Il y a un côté très désagréable dans l'accréditation, c'est la comparaison des établissements. C'est un peu monter en absolu quelque chose qui ne l'est pas. On connaît pourtant tous la variabilité entre les différentes équipes d'experts et puis, c'est subjectif pour beaucoup de choses. (pharmacienne)

L'accréditation a finalement eu un effet mobilisateur et dynamique indéniable. Les membres des premiers groupes de réflexion sur la qualité se sont vus extrêmement valorisés dans la visite des experts et confirmés dans leur esprit de réflexion. Les personnels les plus impliqués dans la démarche d'accréditation ont vu leur implication récompensée, plus qu'ils n'avaient osé l'espérer. Les personnels plus indifférents et plus résistants se sont généralement laissés séduire par la valorisation d'un établissement auquel il n'était guère jusque-là recommandé de revendiquer l'appartenance. Bref, l'accréditation a servi de valorisation à une démarche-qualité jusque-là peu formalisée. Elle en a aussi assuré par là-même une première valorisation et une première pérennisation.

L'établissement, comme les autres établissements, a ensuite connu l'effet soufflé, après la visite et surtout le rapport. Mais cet effet s'est avéré moins marqué et moins long qu'ailleurs. Si les groupes *ad hoc* créés pour l'auto-évaluation de l'accréditation ne se sont plus réunis après la visite, les premiers groupes « qualité » créés avant l'accréditation ont continué à se réunir et se sont sentis – nous l'avons dit – confirmés dans leur état d'esprit. Les différents personnels se disent aussi beaucoup plus prêts qu'ailleurs à s'engager dans la seconde vague d'accréditation.

A la suite de la visite, tout le monde était sur les rotules. On a soufflé.

« On » ?

Surtout la direction, les cadres de soins, le référent qualité.

Et après ?

Après, la suite ? Je vous mentirai si je vous disais que c'est reparti tout de suite. Ça s'est pas fait dans la minute, c'est vrai. Mais on avait un référent qualité, ce qui a permis de continuer, de poursuivre le suivi des actions annoncées ou en cours. C'était la vigie dans ce domaine. C'est un point précieux, cela : pouvoir conserver un référent. Il faut quelqu'un qui réunisse les infos, fasse un point sur ce qui n'a pas encore été commencé. A nous après d'impulser. Mais, évidemment, le revers de la médaille – car il y en a toujours un, n'est-ce pas ? – c'est que les acteurs concernés ont tendance à se reposer sur le référent. On se décharge, on attend.

Ici, « on », c'est ?

Tous. Mais plus particulièrement les responsables de chaque secteur. C'est vrai. Donc, un référent qualité qui reste, c'est bien, mais il ne faut pas le laisser seul pour autant. (directeur adjoint)

Cet extrait souligne une des complexités apparentes du processus de pérennisation de la qualité. D'un côté, ce processus gagne assurément en force lorsqu'il s'accompagne du maintien des référents-qualité, en maintenant la présence d'une mémoire vivante, en permettant d'assurer une vigilance et peut-être surtout en faisant ainsi apparaître le maintien d'une priorité politique stratégique sur la qualité. D'un autre côté, ce maintien permet aux autres personnels de ne pas avoir à s'impliquer plus qu'ils ne l'ont fait jusque-là et de transformer ainsi le référent qualité en véritable « idole de la qualité », « gardien du temple » : ne vaudrait-il pas mieux alors supprimer ces postes ? Cette complexité n'est pour autant qu'apparente, le dilemme que factice, car l'observation de différentes situations hospitalières a montré que si le maintien des responsables-qualité avait son « revers de la médaille », leur disparition n'avait jamais d'effet positif. Autrement dit, nous n'avons pas observé de situations où les acteurs de terrain auraient pris naturellement la dynamique de la démarche-qualité à leur compte. C'est plutôt l'anéantissement des dynamiques que nous observé dans les établissements ayant supprimé, dans les semaines qui suivaient le rapport d'accréditation, les postes de direction qualité.

L'engagement de Bêta dans la démarche-qualité, s'il est continu, n'en est pas pour autant uniforme et très approfondi. Nous voulons dire par là que toutes les catégories professionnelles ne s'impliquent pas uniformément, ni très profondément dans la démarche-qualité. La dimension coopérative est ainsi singulièrement faible entre les différents groupes.

La coopération

Que l'accréditation et l'esprit des démarches-qualité soient globalement bien perçus par les différents personnels de Bêta ne signifie pas pour autant que tous en portent l'esprit et en défendent les pratiques. Comme ailleurs, la qualité fait l'objet de nombreuses définitions indigènes souvent opposées et les situations de confrontation de ces définitions et plus encore, les situations de coopération, restent rares. Les réunions et discussions interprofessionnelles restent rares ; les occasions de réflexion sur les articulations entre pratiques sont exceptionnelles.

Comme ailleurs, la majorité des médecins de Bêta contestent la capacité d'une part de la Haute Autorité de Santé et de ses experts, d'autre part de ceux qu'ils considèrent comme leurs relais au niveau local (les directions, les responsables qualité), à pouvoir venir évaluer la qualité de leurs pratiques. Ils présentent d'abord leur savoir médical comme un savoir évaluable par les seuls et vrais experts de la médecine – à savoir leurs « pairs » – : ils contestent ainsi toute légitimité aux experts non médicaux de la HAS à venir les conseiller, les guider dans leurs auto-évaluations, pire les évaluer. Ils présentent aussi leur travail comme un ensemble de compétences irréductibles à des procédures, du fait de l'incertitude qui caractérise la science et les diagnostics médicaux. Ils rappellent qu'ils n'ont pas de temps à perdre en réunions inutiles, que leur temps clinique est déjà serré et compté. Ils soulignent l'impossibilité de penser à améliorer la qualité dans un contexte de restriction et de contrôle budgétaires, ce qui leur permet généralement de critiquer et les choix budgétaires (avec une critique notamment de la T2A) et l'accumulation des réformes hospitalières (avec des interrogations sur leurs cohérences respectives et leurs liens). Ils soulignent la responsabilité des autres personnels (notamment administratifs et logistiques) dans la difficulté à améliorer la qualité des services à l'hôpital. S'ils souhaitent une meilleure coopération, c'est pour rêver de professionnels qui se mettraient au service des médecins et de leurs difficultés quotidiennes.

La réflexion qualité est très en amont de l'accréditation. Il y a à mon avis 3 niveaux de qualité sur la question des personnes âgées. Le premier niveau, c'est une réflexion macro qui dépasse le cadre de l'établissement et celui de l'accréditation : ce sont les grandes orientations en gériatrie. Le 2nd niveau, c'est le niveau du fonctionnement de l'établissement, c'est le niveau de l'ANAES. Et puis, il y a le 3^{ème} niveau de qualité, c'est celui qui fait péter les plombs de tout le monde : c'est le quotidien. Tous les jours, il y a quinze choses qui ne fonctionnent pas. La surveillante doit remplir le cahier de doléances : « j'ai eu dix cartons de biscuits et non un

paquet de dix biscuits », etc, etc. Si on pouvait améliorer ce niveau micro – celui de la logistique, des pannes électroniques, de l’informatique, etc, mais surtout celui de la logistique, ce serait mieux, c’est sûr. Ce sont toutes ces petites contraintes qui nous retardent ; c’est cela aussi la qualité. Et puis, on ne sait pas qui fait quoi : le plus dur, c’est souvent de trouver le bon interlocuteur et puis le temps aussi. Voilà, pour faire de la qualité à ce niveau, il nous faudrait un Monsieur Doléances qui nous permette de régler tout ce qui fait que c’est lourd de travailler. Cela ne ressort pas du niveau de l’accréditation, qui est à un niveau plus large, mais c’est ce qui nous touche au quotidien, au plus près. (chef de service)

Les médecins sont rejoints dans certaines de leurs critiques par l’ensemble de ceux qui se caractérisent comme les praticiens de l’hôpital, les « gens de terrain », i.e. les soignants. Tous soulignent que la qualité est d’abord bloquée ou gênée par la question des moyens et des effectifs, ce qui est l’occasion de remettre en cause les choix budgétaires gouvernementaux et la logique de rentabilité sous-tendue par la tarification à l’activité. Tous rejoignent aussi les médecins sur le thème des dysfonctionnements (les « micro-emmerdements » dit un de nos interlocuteurs) du quotidien et de la logistique, les « couacs » en amont de leurs services (ambulance, alimentation, maintenance) qui seraient les principaux responsables du manque de qualité : comme si les défauts de qualité étaient avant tout imputables aux autres personnels hospitaliers. Mais les soignants se distinguent généralement des médecins dans leur volonté de centrer l’amélioration de la qualité sur une plus grande prise en compte du patient (« plus de temps et plus de temps de qualité ») et sur une meilleure coopération entre les personnels. Si la coopération médecins-soignants n’est guère évoquée par les médecins, elle est régulièrement présentée par les soignants comme le signe majeur de la non qualité des soins à l’hôpital. Ce sont ici très souvent les médecins qui sont désignés du doigt comme ceux qui n’entendent pas coopérer, ceux qui ne veulent pas discuter de leurs pratiques, ceux qui disent ne pas avoir le temps d’une réunion ou d’une réflexion sur un nouveau mode d’organisation.

Actuellement, la priorité, c’est la T2A. Il faut comptabiliser tous les actes, ça n’a pas grand chose à voir avec la vraie qualité. On équipe l’hôpital d’ordinateurs pour que tout le monde rentre ses actes. On a l’impression qu’il y a des tas de réformes, mais que cela va tout dans le même sens : il faut rendre compte de ce que l’on fait. Pour moi, il faut pas que cela devienne un truc pervers pour comparer des choses incomparables ou alors, il faut aller très précisément dans le contenu. Car autant il y a services, autant il y a de façons de faire différentes.

Deux croix dans une même case de diagramme, aussi, non ?, peuvent renvoyer à des façons de faire différentes ?

Oui, bien sûr, deux actes ne sont jamais comparables, ne serait-ce que faire la toilette d’un malade en gériatrie. Parfois, il suffit d’un quart d’heure pour laver la personne, mais on peut aussi tenter de la faire essayer de se laver elle-même, en essayant de conserver ses compétences et cela prendra alors plus de temps. Dans le 1^{er} cas, on peut faire dix toilettes, dans le 2nd, on en fait que quatre.

On est ici au cœur de la qualité ?

Oui et non. Non, si la qualité, c’est de la rentabilité. Regardez avec la T2A, c’est bien cette qualité qui est défendue. Mais parfois, la qualité et la rentabilité sont incompatibles. C’est vrai pour les toilettes, mais c’est aussi vrai pour les repas. On peut faire manger quelqu’un en dix minutes en le faisant manger. Si on le laisse faire seul, ça prend plus de temps. . .

Cela veut-il dire que les diagrammes sont bien adaptés pour ce qui est des actes de soins proprement techniques ?

Vous savez, c’est beaucoup une question de personne. Aller poser une transfusion, c’est un acte technique qui pose pas de problème pour une personne indépendante. Mais pour une personne âgée. . . Je le dis souvent, on ne peut pas se contenter en gériatrie de soigner seulement la jambe. C’est la prise en charge globale qui compte, c’est obligatoire en gériatrie. Tenez, un autre exemple : donner les médicaments. Ici, en gériatrie, il faut quinze minutes pour faire avaler un médicament, il faut souvent feinter, mettre dans la cuillère. Ou encore un autre exemple qui date de mes souvenirs de service de long séjour : l’hydratation. Dans un service de long séjour, faire boire les gens, ça prend très longtemps. Pour gagner du temps, on peut poser une perf, ça met pas longtemps et en 10 minutes, elle a bu ses 500 millilitres. Pour moi, s’il n’y a pas de perf dans un service de long séjour, c’est un bon signe ; cela montre qu’on fait de la qualité. Faire de la qualité, c’est faire boire un verre, ce qui peut prendre 30 minutes, mais on profite alors de ce que la personne sait encore faire. C’est un travail souterrain qui ne se voit pas dans la qualité de la T2A, contrairement aux perf que l’on pose ; ça ne se voit pas dans les diagrammes de soins. Il y a des infirmières qui disent qu’elles sont surchargées parce qu’elles ont dix perf à poser, mais celles qui n’en ont pas peuvent être tout aussi surchargées. La vraie qualité peut passer totalement inaperçue dans la qualité de la T2A. (cadre infirmier)

La difficulté de la qualité, c'est qu'on en a le reflet, mais qu'elle ne dépend pas de nous. Nous, on est en prise directe avec le client et on doit assumer la qualité de tout le monde en direct. Tenez, aujourd'hui, j'avais commandé treize mousses de céleris, arrivent treize lentilles en salade. Qu'est-ce qui se passe si un des patients étouffe à cause d'une erreur de voie ? J'ai dû faire un rapport. Chaque fois qu'il y a un dysfonctionnement, je dois faire un rapport. C'est fastidieux. Si c'est ça le travail de qualité, cela demande beaucoup de papier. Ce travers de devoir rentrer tout ce qui ne va pas, c'est vraiment fastidieux. Et on n'en retire pas toute l'efficacité tout de suite. Donc, assurer de la qualité qu'on peut assurer soi-même, je suis OK, mais pas le reste. Et il y a un tel écart entre les procédures et la qualité réelle, de tels dysfonctionnements, de tels couacs.

La qualité, ce serait donc la disparition de ces couacs ?

Oui, la qualité au plus bas niveau, c'est cela, cela vient de l'articulation de tous les niveaux : l'alimentation, le transport, l'électricien, etc. On l'a bien en tête, le fait que la qualité vient d'une cascade. Chacun a son rôle et on le sait bien, surtout qu'on est près des patients, nous. Nous, on est plus sensible parce qu'on est auprès du patient, on voit le résultat. Les autres, non, parce qu'ils ne voient pas les conséquences directes de leurs comportements, les répercussions de leur travail. La qualité des soins, c'est souvent le résultat de tous les couacs qu'il y a eu avant. (cadre infirmier)

Nous, pour tout vous dire, bien honnêtement, ça nous gave un peu, tous ces trucs d'accréditation. Nous, sur le terrain, ce qu'on essaie de faire, c'est de travailler le mieux possible pour les patients. Alors quand l'accréditation est tombée, on a juste pensé que c'était un peu la mode, c'est tout. Pour nous, c'est à côté, on a l'impression qu'on ne parle pas de la même chose. Toutes ces procédures, on ne les lit pas, ça n'a aucun intérêt dans mon travail. On est en porte à faux avec tous ces gens qui gravitent autour. En plus, tous ces gens qui viennent là, alors qu'on manque tellement de personnel. Non vraiment, on ne s'est pas senti adhérent à cela.

En plus, vous savez, on nous demande beaucoup de choses avec l'ère de l'informatique, par exemple pour les PMSI (...) Mais plus on fait d'informatique, moins on est avec les patients. On nous demande toujours plus de rendement, toujours plus de chiffres. On nous dit qu'on ne fait pas assez de chiffres.

On ?

C'est la pression administrative du directeur, qui renvoie sur la surveillante et les médecins et nous, on récupère cela au niveau des patients. On est en décalage, carrément. Moi, je ne suis pas secrétaire, je ne suis pas informaticienne et je ne suis pas rentrée dans une boîte pour faire du fric. Pour nous, pour faire de la qualité, il faut se préserver du temps avec le patient. Ce qu'on veut, c'est du temps avec le patient et de la qualité du temps avec le patient. On tire la sonnette d'alarme. A trop parler de rendement, on ne peut plus atteindre la qualité. A trop faire d'informatique, on oublie la qualité. (infirmier)

Les para-médicaux – biologistes, pharmaciens, ... – soulignent quant à eux leur isolement face aux soignants et aux médecins, un isolement souvent territorial (séparation spatiale des lieux d'exercice) mais aussi pratique (diversité des horaires de travail et des modes opératoires), ainsi qu'un manque de reconnaissance. De fait, ce sont ceux qui sont les plus isolés dans leurs pratiques et qui travaillent le moins avec les équipes de soins, au contact des patients, « dans les services ». Pourtant, leur travail est au cœur du dispositif de soins (par exemple sur la question des médicaments) mais cette centralité de leur activité, dès lors qu'elle ne s'accompagne pas d'une présence physique dans les services, est souvent ignorée, parfois contestée par les soignants et les médecins, au mépris parfois du respect de certains protocoles. La démarche-qualité, en ce qu'elle défend le principe d'un décloisonnement des pratiques et d'un respect strict des protocoles, est pour eux une voie de reconnaissance, quasi de renaissance dans un monde hospitalier qui les marginalise : « l'accréditation nous donne un poids face aux équipes qui vivent en cuchons et qui gardent leur chasse gardée ». Leur présence (souvent forte et régulière) dans les groupes de réflexion sur la qualité et dans les groupes d'auto-évaluation n'est dès lors guère surprenante. Dans Bêta, les para-médicaux assurent une grande part de l'animation des réflexions sur la qualité. Ils sont sans doute parmi ceux qui appellent le plus à une plus grande coopération, ceux qui aussi qui présentent le plus le manque de coopération comme une des principales faiblesses du fonctionnement hospitalier.

Sur la distribution du médicament, on alerte depuis des années sur le fait qu'on n'est pas dans les conditions de sécurité prévues par la loi. Entre la prescription médicale et la distribution au patient, il doit y avoir la dispensation par le pharmacien : vérifier la compatibilité des produits, les posologies, faire des choix de substitution si les médicaments ne sont pas disponibles, ... et cela pour chaque patient : normalement, les produits – je dis souvent les « poisons » pour bien faire comprendre l'enjeu – devraient monter dans les étages individualisés par patients. Mais pour tout cela, il faudrait que les ordonnances arrivent à la pharmacie, ce qui n'est pas le cas. Tout se passe au niveau des stocks d'étage, des armoires d'étage : l'infirmière commande un

stock de médicaments et elle délivre à partir de ce stock, avec toutes les erreurs et dysfonctionnements possibles.

Par exemple ?

La prescription est très souvent recopiée : une première fois dans une fiche-outil pour la distribution au malade, une seconde fois dans le bon de commande envoyé à la pharmacie, alors qu'on devrait avoir la prescription médicale directement. Dans les bons de commande, les infirmiers nous commandent des stocks pour l'ensemble de leur service. Je dis souvent qu'on est des grossistes qui approvisionnent les infirmières – les « mères de famille » comme je dis – qui les distribuent ensuite à leurs patients, je dis bien « leurs » patients, leurs enfants, quoi. On a bien demandé aux médecins de faire deux ordonnances, et on a été suivi par quelques jeunes internes notamment, ce qui permet de préparer des colis individualisés pour chaque patient. Mais les mères de famille se sont révoltées. C'est leur petite maison, vous savez. C'est leurs affaires. Elles refont souvent les colis que l'on a préparés. La seule chose qui nous sauvera peut-être, c'est l'informatique, la prescription informatisée. Cela étant, il y a certains logiciels (Cristalnet par exemple) de distribution de médicaments qui ne prennent pas en compte l'acte thérapeutique propre du pharmacien : la dispensation. J'en discutais récemment avec un chef de service. Il me disait qu'il ne savait pas ce que c'était que la dispensation. Vous vous rendez compte ? Un chef de service, qui a plus de 50 ans, qui dit cela ? Cela montre bien notre besoin reconnaissance, en tous cas, l'ignorance sur notre métier : il y en a qui, sans sourciller, comparent le circuit du médicament au circuit de l'alimentation. (...)

L'accréditation a arrangé certains dysfonctionnements de la distribution de médicaments ?

C'est vrai que les experts-visiteurs se sont beaucoup penchés sur le circuit du médicament, ils ont suivi toute la chaîne. Ceci dit, ils n'ont rien vu qui dysfonctionnait... Ils ont peut-être dit qu'il fallait éviter les copies, mais ils n'ont pas vu les dysfonctionnements. Néanmoins, l'accréditation, ça nous aide. Ça nous donne un poids face aux équipes. Les équipes, elles vivent en couchons et elles gardent leurs chasses gardées. C'est de l'appropriation.

Et que disent en retour les équipes, les infirmiers, des pharmaciens ?

Ouh la la, ils disent : « Les pharmaciens sont dans leurs horaires, ils ferment à telle heure, ils nous bousculent, ils nous demandent des bons jaunes-roses-bleus, ... bref, ils nous emmerdent, ils enregistrent tout, ils pinailent sur des détails, c'est des administratifs ». Parfois il y en a qui sont un peu plus positifs à notre égard, notamment les cadres infirmiers qui disent qu'on les alerte sur des dysfonctionnements. Mais sinon, on est perçu comme les parents persécuteurs, parfois protecteurs, mais parents quand même : on ne joue pas dans la même cour, c'est sûr.

Vous êtes perçus comme des administratifs ?

Oui, vous savez, à l'hôpital, les administratifs, c'est ceux qui créent des problèmes là où il n'y en a pas, c'est ceux qui ne vivent pas au contact des malades, ceux qui évaluent mal les besoins, ceux qui ne se rendent pas compte, etc. (pharmacien)

Les « vrais » administratifs quant à eux (pas seulement ceux qui sont vus comme « ceux qui créent des problèmes là où il n'y en a pas »...), bref, les membres de l'administration hospitalière souffrent, quant à eux, très fortement de la difficulté à faire coopérer les soignants et les médecins, notamment les mandarins qui ne leur reconnaissent que peu de légitimité sur le terrain hospitalier. Ils critiquent l'étiquette de « théoriciens de la qualité » qui leur est généralement affublée par les médecins et les soignants. Certes, comme nous l'avons vu, ils soulignent les effets dynamiques positifs qu'ils ont observés pendant la phase d'auto-évaluation et après l'obtention du label « sans réserve, sans recommandation », mais ils soulignent aussi le sentiment de solitude qu'ils éprouvent dans la conduite de l'accréditation et sa pérennisation. La coopération, qu'ils invoquent au nom de la démarche qualité, leur paraît plus théorique que réelle.

Le plus difficile à mobiliser, c'est le groupe médical : il a le souci d'être dans la qualité, mais dans son coin. C'est difficile de les faire participer aux groupes, c'est difficile de les motiver, mais on y arrive quand même, contrairement à d'autres établissements. Ils ont leurs habitudes de travail, leurs certitudes, mais on peut discuter.

Comment vous expliquez la résistance, réticence des médecins ?

Mr A (directeur) : C'est compliqué. Il y a d'abord le fait que certains se vivent comme des médecins libéraux au sein des services. L'accréditation alors pour eux, c'est encore un rajout de l'administration. Ils ne veulent pas participer aux réunions parce que cela prend du temps. Ils considèrent aussi que l'ANAES pourrait avoir des relations directes avec eux, en colloque singulier. Rien ne sert selon eux de médier via l'administration, en tout cas, quand il s'agit des pratiques médicales.

On touche là au point le plus sensible ?

Mr A (directeur) : Oh oui, la question des pratiques médicales, c'est le plus sensible ! Selon eux, ils sont les seuls responsables des pratiques médicales dans leur service. Ils se veulent maîtres et seigneurs à bord. Imaginez par exemple que l'on constate dans un service l'explosion d'une catégorie de dépenses. Il va falloir beaucoup, beaucoup de précautions et de diplomatie pour en discuter. Ils sont en permanence en train de se défendre vis-à-vis de leurs confrères, de l'administration, de toute inspection extérieure. Ils se sentent assiégés. Ici, dans cet hôpital, cela se sent moins qu'ailleurs, parce que le nombre de médecins n'est pas très important, parce qu'on est aussi dans un hôpital monodisciplinaire où la médecine est plutôt régulière dans son fonctionnement et dans ses coûts. C'est une médecine pas très technique, où la part de l'humain joue plus que la technique, cela facilite pas mal les choses pour la conduite des démarches qualité.

Mme B (référente qualité) : Ce n'est pas toujours très simple, quand même. Parfois, les médecins demandent notre avis pour sauver les apparences, mais au fond, ce qu'ils décident, ça ne peut pas se modifier. Parfois aussi, ils ne me reconnaissent et ne nous reconnaissent – à la direction et à moi – aucune légitimité sur la question de la qualité. C'est de l'ordre de la reconnaissance : ils savent que j'existe, que l'on existe, mais c'est tout.

Mr A (directeur) : Disons qu'au moins ici, ils donnent l'info, ce qui n'est pas toujours le cas. Honnêtement, ailleurs, j'ai vu pire : à X, il y avait une séparation plus forte encore entre les médecins et l'administration : un mètre en mur blindé ! Ici, c'est en placoplâtre... La séparation est là, mais la taille est différente.

Qu'est-ce qui explique les plus ou moins fortes résistances médicales selon vous ?

Mr A (directeur) : La taille du service joue beaucoup. Un gros chef de service a un rang à tenir ! Il ne veut pas se laisser influencer par l'administration, « passer sous ses fourches », comme ils disent. Il doit faire front, c'est une question de positionnement. Avec la taille, il y a donc tous les autres facteurs de positionnement qui jouent sur la résistance : la technicité, le lieu géographique, le statut PH ou PUPH, le poids politique. Plus ils sont pointus et forts, plus ils sont résistants, notamment vis-à-vis de l'accréditation. Vis-à-vis de l'accréditation, le plus difficile, c'est les mandarins hospitaliers.

Bêta est donc un établissement où la coopération interprofessionnelle est loin d'être aboutie. Si l'accréditation a permis d'entretenir et/ou de jeter quelques ponts entre les différentes catégories professionnelles, il faut ainsi préciser que la coopération reste minimaliste, tant dans la réflexion sur la qualité (qui ne dépasse pas le cadre des groupes de travail, par ailleurs peu nombreux), que dans les pratiques de soins au quotidien. L'esprit de la démarche qualité a par contre beaucoup séduit dans sa dimension procédurale.

Les procédures

La réussite de la démarche-qualité est beaucoup plus manifeste, lorsque l'on approche la question des procédures. La question de la pérennisation et de la valorisation de cette démarche en devient ici dès lors plus pertinente. Certes, l'on observe des discours critiques sur le poids et l'inutilité des procédures. Ce sont ici généralement les médecins d'une part, les infirmiers et les aides-soignants d'autre part, qui se montrent les plus critiques. Il reste que ces discours critiques sont toujours très nuancés sur le statut et l'intérêt des différentes procédures. En filigrane, pointe l'idée que certaines procédures sont utiles, que la phase de production de procédure peut être plus utile encore que la phase d'application.

Les médecins disent souvent craindre, parfois refuser que soient mises en procédures leurs pratiques, jugées justement impossibles à mettre en procédures. En fait, c'est – semble-t-il – beaucoup plus la crainte que la procédure ne soit imposée de l'extérieur (par des non-médecins) que la procédure elle-même qui est dénoncée ; la procédure, si elle vient du groupe de pairs, est généralement admise et même défendue (comme dans le cas des guides de bonnes pratiques) ; elle est encore mieux acceptée lorsque les médecins ont participé à sa production. Mais les médecins de Bêta, pour des raisons proclamées de manque de temps et de priorité donnée au temps clinique, disent ne pas pouvoir s'investir dans ce travail (parfois qualifié d'intéressant) de production de procédures. Ce n'est donc généralement pas le principe de la procédure qui est critiqué, mais bien le fait que pourraient leur être imposés de l'extérieur des procédures. Plus généralement, les médecins refusent l'esprit qui défendrait une application stricte des procédures. Comme pour ce médecin que nous citons en exergue de notre rapport, « la procédure est bonne au moment où on l'élabore, mais elle est inapplicable ». Derrière tous ces arguments, pointe la volonté chez les médecins de défendre leur autonomie d'action dans leur travail au quotidien.

Chez les infirmiers et aides-soignants de Bêta, le discours sur les procédures est aussi nuancé, même si la connotation globale est plutôt négative. Ils soulignent d'abord généralement l'inflation des procédures et des contraintes afférentes dans leur travail quotidien (prendre – perdre à leurs yeux – le temps de remplir les diagrammes de soins, de « mettre des croix », de saisir les données sous informatique, dans un contexte de manque de temps et de personnel). Ils

avancent aussi très souvent la crainte par le biais des procédures d'un contrôle accru sur leur travail. Ils s'interrogent enfin sur les motivations de cette hyperprocédurisation : une couverture juridique pour la direction de l'établissement et le ministère ou une volonté réelle d'amélioration de la qualité ? Derrière ces interrogations aux tonalités critiques, pointe néanmoins un accord sur l'utilité des procédures et des protocoles, dès lors qu'ils ne se résument pas à mettre en croix des pratiques mais qu'ils touchent les pratiques, qu'ils permettent de formaliser les pratiques, d'avoir le même langage. Pour qu'elles soient reconnues utiles, il faut néanmoins que les procédures soient d'une part très pragmatiques et applicables (« Les experts-visiteurs, (...) la seule chose qu'ils aient trouvé à dire, c'est qu'il ne fallait pas que l'on mette nos repas dans les frigo (...) Et alors, comment on fait alors ? On achète un autre frigo ? Qui l'achète ? Là, ils ne savaient plus quoi dire », d'autre part qu'elles ne bloquent pas les pratiques (« On ne peut pas toujours avoir peur, être assis sur sa chaise ou dans sa bulle »). Il est sûr de ce point de vue que l'accréditation, non pas dans sa phase de visite mais dans sa phase d'auto-évaluation, a permis de faire évoluer les états d'esprit des soignants vis-à-vis des procédures. Les avis et discours paraissent plus nuancés (« il y a procédure et procédure, des bonnes et des mauvaises, ce que je ne pensais pas avant » reconnaît un aide-soignant).

- On n'a pas attendu l'accréditation pour travailler sur la qualité. On n'a pas attendu les contrôleurs pendant la visite.
- De toutes façons, à part ne pas mettre la bouffe dans le frigo (rires), ils ont rien dit.
- Pour moi, c'est une vaste connerie, un truc des administratifs.
- Il faut dire les choses comme elles sont : c'est difficile de faire des choses sans effectifs. On ne fait plus que du rendement. Mais 10 minutes ou 30 minutes avec les patients, c'est pas la même chose.
- On est là toutes les deux depuis 30 ans, depuis 1975. Et bien, on s'est battues pour pas mal de choses. On s'est battues par exemple pour pouvoir s'asseoir pour faire manger les patients. Maintenant, je trouve que les soins se dégradent, alors que pourtant on a plus de matériel. Par exemple, on a plus de protections pour les patients, mais ça se dégrade. On nous demande de la qualité mais on ne nous en donne pas les moyens. On nous demande seulement de faire des conneries de croix dans des tableaux.
- Faire des croix, faire des croix. Marquer, marquer. Mais marquer, pour quoi ? Pour justifier notre boulot ? Alors, c'est juste un contrôle de ce qu'on fait. Ou pour se protéger des procès ? On sait pas pourquoi on fait tout ça, mais ce qu'on sait, c'est que ça prend du temps, beaucoup de temps.
- Et tout ce temps, c'est du temps qu'on ne passe pas avec les patients. Bientôt, il va falloir tout mettre sur informatique, mais ce temps passé à l'informatique, il manque ensuite auprès du patient. Ce qui est sûr, c'est que l'informatique, ça n'allège pas le travail.
- Faire du travail de qualité dans ce contexte, c'est pas possible.
- Nous, on est 3 AS, mais ça fait 3 semaines qu'on tourne à 2.
- La qualité, c'est aussi ça, c'est aussi la motivation, l'assiduité et le nombre de gens pour la faire. Regardez, un collègue, qui est aide-soignant dans un autre service, il a dû faire 10 toilettes en une matinée. C'est ça, la qualité ?
- Comme il y a 30 ans... Quand on parle de qualité, ça me fait rigoler. Le personnel n'a pas le temps d'en faire. La qualité, c'est un truc de ministère, de gens qui n'ont jamais mis les pieds à l'hôpital : « Il faut faire comme ci, il faut faire comme ça », mais quand on est sur le terrain, c'est pas la même chose. (deux aides-soignants)

Est-ce que la qualité, selon vous, peut passer par des procédures ?

Oui, c'est plutôt bien d'avoir des protocoles plutôt que de faire n'importe quoi, même si nous, ici, comme on est beaucoup plus dans le relationnel que dans le technique, on est moins concerné. Des procédures sur des actes purement techniques, c'est plus facile de les faire, c'est plus facile aussi de les appliquer. Cela dit, les procédures, c'est aussi parfois n'importe quoi. Regardez, les experts-visiteurs, quand ils sont passés dans le service, la seule chose qu'ils aient trouvé à dire, c'est qu'il ne fallait pas que l'on mette nos repas dans les frigo : pas de nourriture mélangée avec les boissons ou les aliments que l'on a pour nos patients. Et alors, comment on fait alors ? On achète un autre frigo ? Qui l'achète ? Là, ils ne savaient plus quoi dire. La procédure, là, c'est seulement une manière de se protéger ; ils ont peur de la moindre chose qui pourrait être mise en procès, c'est tout. Ça vient des Etats-Unis et c'est des craintes que l'on sent beaucoup chez les administratifs : ça tourne à l'hyperprocédure. Mais nous, si on en arrive là, on ne fait plus rien. Si on ne peut plus faire de gâteau avec les patients, on perd un outil formidable et c'est de la qualité dont on parle, là ! On peut pas toujours avoir peur, être assis sur sa chaise ou dans sa bulle.

Les procédures ont donc un double visage ?

Oui, c'est ça. Ça peut être un bien, c'est sûr. Ça peut aider à formaliser l'ordre des choses. Le diagramme de soins par exemple, c'est pas rempli que de généralités qui ne sont lues par personne, mais bon, est-ce que ce

n'est pas fait seulement pour le contrôle, pour se dire par exemple : « Tiens, y a eu un problème ce jour-là, c'est quelle personne qui était là ? ». Je sais pas. Dans l'absolu, c'est une bonne chose d'avoir le même langage, mais ça rajoute beaucoup de choses administratives, beaucoup de classeurs. Ca nous oblige à plus de rigueur, mais en même temps, cela fait passer plus de temps à l'administratif. Nous, c'est d'une autre qualité dont on voudrait parler. La procédure, c'est peut-être un plus, mais est-ce que cela en est un pour le patient ? Peut-être que oui... J'en sais rien ! (infirmier)

On n'a pas attendu l'accréditation, les groupes de travail et les procédures pour penser à la qualité. On a beaucoup travaillé par exemple avec le psychiatre, le psychologue sur les façons d'accueillir les patients – vous savez, les patients qu'on reçoit ici, ils sont très inquiets à cause de leurs troubles de mémoire, c'est pas facile pour eux de venir ici – sur les façons aussi de réagir sur les interactions entre les patients. On a décidé par exemple de mettre un paravent quand on travaille avec un groupe, pour bien montrer aux autres patients qu'on travaille. Ca, ce n'est pas un travail que les gens de l'extérieur qui pondent des procédures peuvent faire. Nous, ça part de l'intérieur. Pour nous, la qualité, c'est se poser des questions, se remettre en question, pas poser des procédures. (infirmier)

De façon similaire à ce qu'il se passe dans beaucoup d'autres établissements, le respect des procédures est surtout et très fermement défendu par les cadres de santé et les représentants de la direction de soins. Comme ailleurs, ce sont les arguments de l'uniformisation et de l'harmonisation des pratiques soignantes, de leur objectivation et de leur traçabilité (dans un contexte de montée des recours juridiques des patients) qui sont mis en avant. Plus rarement, est aussi mise en avant la possibilité de mettre en exergue son activité et de préparer ainsi le passage à la T2A : il s'agit d'objectiver, de comptabiliser, à travers par exemple les diagrammes de soins.

Comment voyez-vous cette question de la qualité ?

Une invasion de classeurs et de procédures écrites dans le service (rires). Mon premier sentiment, c'est que cela permet de formaliser tout ce que l'on fait et que cela va dans le sens de la qualité et de la traçabilité. Le dossier de soins permet par exemple de s'assurer de la justesse des transmissions. On met sous des procédures écrites tout ce qui est fait dans le concret ; ça permet d'écrire d'une façon claire ce qu'on fait. Moi, je le vois comme ça, parce que je fais partie de plusieurs groupes transversaux. Mais pour les infirmières, c'est pas toujours aussi clair. A quoi ça sert de mettre des croix dans des diagrammes de soins ? Quel en est le sens ? Je leur réponds que ces croix ne sont que le reflet d'un plan de soins, que cela valide l'activité qui est faite, que tout cela a une cohérence. Mais c'est généralement perdu de vue : elles ne voient que des petits bouts, ça s'explique. Notre rôle, c'est de leur redonner la vision globale.

Vous arrivez à leur montrer l'intérêt de ces diagrammes ?

Oui, par exemple, on se rend compte quand on remplit précisément les diagrammes qu'on a tendance à sous-coter notre travail, à ne pas le coter véritablement. Et parler de la cote du travail, cela permet de parler des patients. Et puis, d'un point de vue légal, s'il n'y a pas de croix, c'est que ce n'est pas fait. Faire des croix bêtement, d'accord, ça ne sert à rien, mais il faut quand même qu'on retrouve la qualité de notre travail. Ici, les gens aiment ce qu'ils font et il y a une grande qualité de prise en charge des patients et des familles. Mais maintenant, il faut que cela se voit, que cela se retrouve. Vous savez, on a très peu de marques de satisfaction des patients : quelques mots, quelques chocolats, quelques retours de livrets d'accueil, mais très peu de patients ou de familles écrivent. C'est plutôt le mécontentement qui ressort le plus souvent. Le contentement, lui, n'est pas souvent objectivé. Donc, les diagrammes, cela permet d'objectiver notre activité. Ce qui est fait, ce n'est pas forcément valorisé, ce n'est pas forcément comptabilisé. Ce qui ne va pas, cela demande un signalement et c'est corrigé, mais ce qui va, ça reste trop dans l'ombre. (cadre infirmier)

Quand les jeunes infirmières déboulent en gériatrie, elles se retrouvent sous une avalanche de soins techniques parce qu'elles n'ont pas été vigilantes aux détails, à la façon dont sont installés les patients par exemple : elles ont donc à gérer de nombreux pansements d'escarres, alors que les infirmières les plus expérimentées ne laissent pas dériver. Vous voyez, on croit qu'il n'y a pas de geste technique en gériatrie, mais s'il n'y en a pas, c'est justement qu'on fait de la qualité. Celles qui ont beaucoup d'expérience font en tous cas plus de qualité. Celles qui ne sont pas sûres d'elles ont du mal à faire de la prévention, par exemple au niveau cutané. Faire de la qualité, cela nécessite donc une grande expérience. Le problème, c'est qu'on a du mal à recruter en gériatrie, donc on prend des jeunes, ou encore des jeunes infirmières qui ne se sentent pas très sûres d'elles sur les soins techniques et qui se disent que ce sera plus facile en gériatrie. Mais elles se trompent. (interruption communication téléphonique)

Vous voyez, je fais passer les patients d'abord, même avant les sociologues (rires). Je disais ? Oui, il y a toute une qualité de soins qui ne se voit pas, qui ne s'évalue pas en procédures ou en dossiers de soins. Moi-même, je n'arrive pas à définir clairement ce que doit faire une infirmière en gériatrie pour faire de la qualité : il faut qu'elle ait l'œil pour voir les besoins des patients, mais c'est plus facile à dire qu'à faire. (cadre inf)

De la même façon, les pharmaciens défendent fermement l'application des procédures qui leur rendrait un rôle central dans la dispensation des médicaments et les rétablirait ainsi au cœur de circuits de soins dont ils se sentent largement exclus (cf. florilège annexe 4).

Enfin, pour la direction et la responsable de la qualité, les procédures apparaissent principalement sous le jour des notes de service dont ils sont la source et des fiches d'événement indésirables dont ils assurent le recueil. Les protocoles propres à chaque service leur remontent aussi, mais ils ont très peu d'échos sur leur utilité, leur respect ou non dans le quotidien des services.

N'y a-t-il pas avec l'accréditation, une inflation des fiches, des modes opératoires ?

Mr A (directeur) et Mme B (référente qualité) : (sourires)

Mr A (directeur) : Il n'y a qu'à voir le bureau de Mme B !

Mme B (référente qualité) : J'ai organisé tous les documents existants. Cela a permis de mettre de l'ordre, par exemple dans les notes de service. Mais il y en a de partout !

Mr A (directeur) : Du côté des médecins, on entend les gens dire « On croule sous les papiers, les procédures ». C'est vrai que l'hôpital croule de plus en plus sous les procédures, les normes. L'existence de l'accréditation amène nécessairement une conduite de normalisation. C'est gênant pour les médecins, je le comprends, car l'hôpital est par définition un lieu où il faut faire des soins avec, à chaque fois, des cas particuliers : cela peut amener à être en marge de la norme pour des raisons d'efficacité. Mais il ne faut pas pour autant oublier les normes.

Et les soignants, comment ils vivent ces procédures ?

Mr A (directeur) : Il y a bien ceux qui disent qu'on remplit les armoires avec les procédures, qu'ensuite, on ferme à clé les armoires, et qu'après, on peut tout oublier. . .

Mme B (référente qualité) : . . . mais ce n'est pas ce qu'on veut en tout cas. Nous, ce qu'on veut, c'est s'assurer que tous les documents réglementaires soient connus et actualisés. Cela permet alors de se poser la question de la communication.

Comme nous l'avons vu au cours de ces derniers paragraphes, les avis sur le rôle et l'utilité des procédures sont assez partagés dans Bêta. Ils dépendent des catégories professionnelles mais aussi des procédures qui les concernent chacune prioritairement. Les soignants dans les services parlent avant tout des procédures en faisant référence aux diagrammes de soins, les médecins font référence aux guides des bonnes pratiques, la direction pense spontanément aux fiches d'événements indésirables, . . . Il n'est donc pas possible de dégager un avis global et général sur les procédures et les protocoles. Néanmoins, au-delà de certaines critiques récurrentes et présentes dans d'autres établissements, se dégage ici une certaine acceptation des procédures et de la démarche-qualité qu'elles représentent pour partie. Le fait que le système des fiches de signalements des événements indésirables fonctionne assez bien montre que la dimension procédurale de la démarche-qualité est assez largement acceptée et qu'il peut s'agir de penser à sa pérennisation.

La pérennisation et la valorisation

J'y crois quand même beaucoup à cette démarche : on avance à petits pas certes, mais sinon, on crève à petit feu.

Vous pensez qu'il faudrait plus la valoriser ?

Tout dépend ce qu'on entend par là : valoriser ce qui se fait ou valoriser les résultats de la visite ? Si c'est valoriser les résultats, cela a été fait : il y a la restitution de la visite et du rapport aux personnels. Mais est-ce que les gens se sont alors sentis valorisés ? J'en suis pas persuadée. Le niveau institutionnel, celui de l'établissement, a été valorisé, mais ce niveau intéresse peu les personnels de terrain. Ils étaient bien contents quand même, ils étaient bien contents de dire « on a eu des bons résultats », mais ils ne sont pas sentis ni valorisés, ni touchés outre mesure par cette problématique générale de l'établissement. La grosse problématique de la valorisation, ce serait de valoriser les individus derrière la structure et derrière le processus d'accréditation.

Il faut que les personnels s'y retrouvent en quelque sorte ?

Oui, il faut qu'ils retrouvent dans le rapport d'experts ce qu'ils font bien et ce qu'ils ne font pas bien. Et là, il y a toute la question de l'équité. Cela varie tellement selon les experts. Il y en a qui font à la louche, d'autres qui vont dans les moindres détails ; il y a ceux qui valorisent et puis ceux qui assassinent. Ici, quand je suis arrivée,

les gens étaient contents, les experts avaient été cléments : bref, les gens étaient bons, ils étaient bien, il y avait pas trop de problèmes. Mais tout le monde sait aussi que plus les experts progressent, plus ils vont loin, plus ils sont exigeants. (cadre inf sup)

La description que nous avons faite de Bêta établit un bilan tout en nuances sur la question de la place de la démarche-qualité dans cet établissement. La démarche-qualité, et notamment l'accréditation, est perçue de façon beaucoup plus positive que dans d'autres établissements, mais elle n'est pas pour autant très développée, notamment dans sa dimension coopérative. Si les différents professionnels ne manifestent pas de résistance, ni même plus d'indifférence vis-à-vis de cette démarche, ils ne sont pas pour autant enthousiastes et fortement impliqués : ils reconnaissent des vertus à cette démarche (mise en place de procédures utiles, invitation à la coopération et au décloisonnement), mais ils en soulignent aussi le caractère secondaire au regard de leurs préoccupations quotidiennes, ils ne s'impliquent pas plus spontanément qu'avant l'accréditation dans des groupes de réflexion. Pour autant, l'esprit de la démarche-qualité est là, il a été entretenu par l'accréditation et ses résultats favorables à l'établissement. C'est un état d'esprit qui permet aux professionnels de ne pas redouter s'engager dans la seconde accréditation, qui leur permet aussi d'espérer que la démarche se développe et se concrétise, qu'elle continue à valoriser leurs pratiques quotidiennes qu'ils estiment être « de qualité ».

C'est là sans doute une des spécificités de Bêta au regard de l'accréditation : les personnels se sont sentis valorisés par la démarche d'accréditation à travers la valorisation de leur établissement, ce qui a permis une première forme de pérennisation des initiatives qualité lancées avant et pendant l'auto-évaluation. Pour que cette pérennisation continue, les professionnels avancent deux conditions majeures : 1. Que les individus continuent de se sentir valorisés derrière la démarche-qualité. 2. Que la démarche-qualité n'en reste pas comme maintenant au stade des discours et que les acteurs aient ainsi les moyens et le temps de la mettre en pratiques.

Dans cette perspective, l'affichage de priorités politiques stables et claires paraît crucial, ce qui renvoie la question de la pérennisation de la qualité aux responsables politiques locaux et nationaux (HAS et Ministère).

Imaginez que je vous catapulte directeur de l'ANAES, que feriez-vous pour améliorer la pérennisation de la démarche qualité ?

La première chose, c'est de pouvoir maintenir des référents, des relais. C'est une question d'actes institutionnels : il faut que les structures puissent se maintenir, même au plus haut niveau de l'Etat (sourire, allusion au changement de l'ANAES en HAS). Nous, on a eu la chance de pouvoir maintenir un poste de référent qualité, mais c'est un choix coûteux, donc un luxe. Il faut aussi penser aux établissements qui n'ont pas les moyens d'avoir des vigies. La pérennisation, c'est aussi une question de moyens qui permettent de garder des référents qualité : chaque entité juridique se dote de moyens en fonction de ce qu'elle peut dégager ou pas.

Même pour ceux qui ont quelques moyens, se pose la question du maintien des mêmes personnels. Ici, on a gardé le même référent, mais à X, le référent a changé, et le relais fait clairement défaut. Cela manque sur le site d'avoir quelqu'un qui a la mémoire de ce qui a été fait, de ce qui reste en cours, de ce qui reste à faire. On doit faire très attention aux vacances de postes ou aux remplacements. (directeur)

Une seconde voie de pérennisation ensuite, c'est de définir précisément les axes d'action après l'accréditation. Le manuel d'accréditation, c'est pour la plupart une Bible, mais il faut ensuite en dégager des axes d'action et pas en rester à des discours. Bref, il faut mettre des actions en place, sur le terrain. Et à mon avis, on ne peut pas courir tous les lièvres en même temps, et ce, quelle que soit la taille de l'établissement. On sait bien en plus qu'on ne fait pas bouger une grosse structure du jour au lendemain et on ne décrète pas une démarche qualité. C'est un travail de tous les jours : pour cela, il faut des relais, je l'ai dit, mais il faut aussi du temps. On ne peut pas changer de priorité tous les jours. Et là, cela devient une question politique. On voit bien là l'effet de la multiplication des priorités affichées : la mise en place des 35 heures, l'accréditation, les risques professionnels, ...

La Nouvelle Gouvernance ?

Oui, la Nouvelle Gouvernance, avec la mise en place des pôles d'activité médicale. Avec toutes ces réformes, on met à plat tout le monde. On n'a pas le temps d'assimiler la précédente. Je ne dis même pas le temps qu'elle soit devenue routine, je dis le temps de voir si ça marche. On l'a pas, ce temps. Cela explique nos difficultés à maintenir la post-accréditation : c'est difficile de maintenir la mobilisation. Et puis, vous savez, il ne faut pas oublier tout de même la pression globale budgétaire générale qui oblige à faire des économies. Au début, les économies, on essaie de les faire sur les services logistiques, parfois sur les services de soins quand c'est possible. Et puis, quand on peut plus, il faut chercher ailleurs. Et pourquoi pas la qualité ? (directeur)

Annexe 3 : Monographie Gamma

Gamma est un service au sein d'un département de pédiatrie d'un grand établissement de CHU. Après avoir observé la période post-accréditation pendant plus d'un an dans l'établissement, nous avons eu l'occasion de faire un zoom sur quelques services de l'hôpital, dont Gamma, où nous avons choisi de rencontrer, sur une période d'un mois, un maximum de personnels soignants et para-médicaux : cadres, infirmiers, auxiliaires-puericultrices, ASH, éducateurs, professeurs des écoles. Quand nous réalisons ce terrain, la visite des experts date d'un an et demi, le rapport est « tombé » un an auparavant ; personne ne parle encore dans le service de la V2 et peu se rappellent de la première visite, soit parce qu'ils travaillaient alors dans un autre établissement (ce qui permet d'évoquer ici une question centrale de la pérennisation de la démarche-qualité : comment se transmet la mémoire, l'esprit de la qualité aux nouveaux arrivants ?), soit parce que les deux passages éclairés des experts n'ont pas laissé de souvenirs très précis.

Gamma accueille des enfants, principalement des adolescents, souffrant de pathologies diverses, et nécessitant beaucoup moins de soins techniques que dans les autres services pédiatriques du département et des établissements du CHU. Il est ainsi défini par ses personnels comme un service multipathologies, travaillant plus sur le relationnel que sur le soin technique, peu spécialisé dans les matériels et les gestes qu'il mobilise, avec des protocoles moins nombreux et moins pointus que dans les autres services dits « techniques » ou « hypertechniques ». Ce sont des caractéristiques qui, dans ce CHU, en font un service peu attractif pour les personnels attirés par la spécialisation technique. Gamma est d'autant moins attractif que c'est un service « multi-patrons » (s'y côtoient ou plutôt s'y croisent cinq professeurs décrits comme bataillant pour leurs lits au mépris d'une logique de service et de l'intérêt des patients) et que c'est un service « difficile mentalement », parce que c'est un service d'enfants et d'adolescents, souffrant souvent de pathologies lourdes (troubles pédo-psychiatriques, tentatives de suicide, anorexies, attentes de greffes). La question de la qualité des actes y est dès lors nécessairement cruciale, même si elle prend guère appui sur la démarche d'accréditation.

« Vous disiez tout à l'heure que c'est difficile de travailler avec des enfants... »

Oui, avec des enfants malades, on ne sait pas trop quoi leur dire. Je leur demande « Est-ce que ça va ? », mais s'ils sont à l'hôpital, c'est justement qu'ils ne vont pas. Ça fait mal au cœur. D'être avec les enfants, c'est plus difficile. J'aurais peut-être préféré être dans un service d'adultes, ce serait moins dur. » (ASH)

L'accréditation

Gamma a connu l'accréditation de façon lointaine. Dans les personnels que nous avons rencontrés, aucun n'a participé régulièrement aux groupes d'auto-évaluation, aucun n'est allé à la restitution des experts-visiteurs, aucun n'est allé non plus aux restitutions du rapport de visite organisées par la direction de l'établissement (nb : le cadre infirmier du service a été affecté après l'accréditation). Pour la plupart, l'accréditation, c'est l'affaire de la direction de l'établissement, de la direction de soins et des cadres de santé. C'est aussi une question qui est présentée comme concernant l'établissement (un grand établissement pavillonnaire autour duquel ne se développe guère de sentiment d'appartenance) beaucoup plus que les services. Domine ainsi un large sentiment de ne pas être concerné : la plupart des personnels ne connaissent pas les résultats de l'accréditation (i.e. les réserves et les recommandations) ; et ceux qui les connaissent considèrent que ceux-ci concernent l'établissement et ne sont aucunement imputables au service. L'ensemble de la démarche de l'accréditation (en ce qu'elle dépasse le cadre de l'établissement) est enfin largement méconnu : peu de personnels connaissent l'ANAES, beaucoup butent sur sa dénomination, peu connaissent l'existence de référentiels, aucun ne connaît les résultats d'autres établissements. L'accréditation est donc essentiellement perçue à travers les échos qui viennent d'autres personnels de l'établissement et à travers le regard porté principalement sur la période de l'avant-visite des experts, secondairement sur la visite dans le service.

« L'accréditation, vous en avez entendu parler ? »

Ici, pas trop, mais plus dans l'hôpital dans lequel j'ai commencé à travailler.

Vous en pensez quoi ?

Pffff. C'est quelque chose de complexe, de compliqué. Quand on me dit « accréditation », j'imagine des enquêteurs qui viennent voir comment on travaille, poser des questions, juger. C'est contraignant et pas très positif. Je veux dire qu'on vient nous juger mais pas de façon positive. Sur le fond, ça peut être bien, ça peut amener des protocoles qui nous amènent la qualité. Mais sur la façon dont ils s'y prennent, là, c'est négatif. Et puis, on en parle, on en parle mais on ne voit rien venir, on ne voit rien de plus. Ils passent un jour – moi, je n'étais pas là quand ils sont passés : tant mieux ! – et puis c'est tout : ils repartent comme ils sont venus, avec

pour nous, l'impression d'être évalués comme des gamins. Il y a des monstres de classeurs qu'on n'a jamais le temps de regarder et ils viennent nous questionner dessus. Si on ne répond pas bien, on sait bien qu'ils ne feront rien contre nous en particulier, individuellement, mais c'est le service qui va prendre, c'est l'hôpital. Ça paralyse, ça ne met pas du tout à l'aise. On a une pression énorme.

Une pression qui vient d'où, surtout ?

Des cadres, surtout. C'est « Attention à ce que vous dites, à ce que vous répondez ». C'est « Potassez les classeurs », alors que l'on n'a jamais le temps de mettre le nez dedans. Derrière, il y a l'estime du service : si on ne sait pas la moitié des trucs, ça va aller jusqu'au directeur qui va pointer tel service du doigt, ça va aller jusqu'aux cadres, notre hiérarchie, quoi ! Le pire dans tout cela, c'est qu'on ne savait pas du tout quelles répercussions il pouvait y avoir. » (infirmière)

« Pour moi, l'accréditation, c'est surtout un palmarès. Et comme c'est un palmarès, et bien, on fait voir le meilleur, on cache ce qui est naze quand les experts arrivent. On fait gaffe aux dossiers de soins, l'hygiène est nickel, les travaux sont impeccables. Pendant les semaines qui précédaient la visite, c'était du délire : on avait tout ce qu'on demandait ! Bien sûr, il fallait paraître les meilleurs. Il fallait bien contenir les enfants turbulents, éviter que les parents pénibles ne soient là. C'est l'ambiance telle que je l'ai sentie.

Une ambiance de stress aussi ?

Ce qu'on peut dire, c'est que ça a bien stressé les cadres. Mais pas trop l'équipe : on n'était pas trop au courant. On y a fait attention parce qu'on nous a dit d'y faire attention, mais c'est tellement loin de notre réalité de terrain.

Après, comment cela s'est passé ?

Les cadres se sont relâchés (rires). Mais sinon, on n'en a pas reparlé. Si. Une fois, on en a reparlé : cinq minutes en réunion de service, le cadre en a parlé. Mais aujourd'hui, je ne sais même pas les résultats, je ne sais pas s'il y a eu des résultats. On nous a dit que c'était fini, c'est tout. Mais pour nous, ça n'a rien changé. » (éducatrice)

Quand il s'agit d'évoquer l'accréditation, c'est ainsi surtout la période d'avant-visite qui ravive les mémoires et suscite les réactions les plus vives. La multiplication des réunions mais surtout la pression des cadres de santé restent en mémoire, au point qu'elles entachent déjà largement la perspective de la V2 : les personnels disent craindre le retour de cette pression, une pression qui obligeait au mieux à beaucoup plus de rigueur (ranger les chariots et les cartons, faire attention à la confidentialité), au pire à une rigueur jugée « absurde » (appliquer des procédures inutiles et/ou inutilisées, inapplicables).

L'évocation de la visite des experts est moins sensible, d'abord parce que beaucoup de personnels n'étaient pas présents durant les deux visites (d'une heure chacune), soit parce qu'ils ne travaillaient pas ce jour-là, soit parce qu'ils n'étaient pas encore affectés dans le service ; pour tous ceux-là, le souvenir de la visite est donc un souvenir raconté, médiatisé par leurs collègues. C'est un souvenir « collectif » qui leur sert de représentation de ce que peut être une « visite d'experts » et ce souvenir est plutôt négatif. La visite laisse en effet des souvenirs plutôt négatifs chez ceux qui l'ont « vraiment » connue. Elle est décrite comme une visite éclair, sans rapport aucun avec l'investissement demandé pendant la période d'avant-visite (« Tout ça pour ça » dit un infirmier) ; elle est décrite comme une « grande mascarade », une « vaste comédie » où les apparences priment sur la réalité, où il s'agit de faire semblant ou de faire « comme si » les experts n'étaient pas là ; elle est décrite comme une inspection, avec des experts transformés en « inspecteurs », « flics », « inquisiteurs ». Elle a aussi suscité nombre de frustrations chez tous les personnels qui n'ont pas eu l'occasion de parler directement avec les experts (notamment les aides-soignants, les ASH, les éducateurs) et chez les personnels non médicaux, regrettant que seule la dimension médicale de la qualité des soins ait été prise en compte. Ce sont ces souvenirs, pourtant fugaces (rappelons-le : les personnels disent de prime abord ne pas bien se rappeler d'une visite aussi rapide), transmis dans des discussions, qui organisent aujourd'hui la représentation collective d'une « visite d'experts ».

« L'accréditation, ça vous évoque quoi ?

Mme C (Aux. Puer) : Rien. Rien.

Mme B (Aux. Puer) : La qualité des soins dans les services, à l'origine. En fait, il y a des gens qui sont venus et théoriquement, ils doivent repasser pour voir s'il y a eu des changements.

Mme A (ASH) : Y avait pas une histoire de budget là-dedans ? (grand silence)

Vous étiez là quand ils sont venus ?

Mme A (ASH) : Oui. Ils sont venus nous regarder faire (rires). On a dû faire comme si ils n'étaient pas là ! (rires)

Mme B (Aux.Puer) : Nous aussi, on était là. La cadre nous avait mis la pression : elle nous faisait la chasse depuis deux semaines pour ranger dans les couloirs : les chariots, les cartons. Il ne fallait pas non plus mettre le nom des dossiers de soins par devant, mais par derrière, pour que ça ne soit pas vu. Mais bon, ça n'a rien changé depuis. On n'a pas le temps de changer. »

« L'accréditation, vous en avez entendu parler ?

J'en ai entendu parler mais c'est très très loin. Pour moi, c'est l'évaluation des meilleurs sites, pouvoir dire : « Tel hôpital, il est à tel niveau en pédiatrie ». Ici, les gens sont venus voir l'hygiène, le soin médical, mais ils n'ont pas du tout regardé ce qu'il se passait du côté du suivi psychologique des enfants ; ils n'ont pas rencontré les assistantes sociales, les maîtresses, les éducatrices, les psychologues. Tout le côté environnement social, ils en avaient rien à foutre, alors que pour moi, l'hôpital, et surtout un service comme ici, ce n'est pas qu'un lieu de soins techniques. » (éducatrice)

L'accréditation, vous en pensez quoi ?

Je n'en ai rien vu, j'en ai seulement entendu parler très très vaguement. Concrètement, pour moi, ça ne représente rien. Je ne sais pas sur quelle base cela s'est fait et je ne sais pas quels changements cela a faits. Tous les autres enseignants que je connais et qui travaillent dans des services à l'hôpital ont pensé la même chose. Il y a de plus en plus de protocoles, de procédures, c'est ce que l'on en sait, mais cela n'a aucune incidence sur nous. (professeur des écoles)

Le temps de l'après-visite est beaucoup moins évoqué, sinon pour évoquer la baisse de pression et le soulagement du départ des experts, ainsi que, chez certains personnels, le regret qu'aucun résultat ou effet probant n'ait été dégagé.

« Mr D (Infirmier) : A part du monde qui vient et qui observe, l'accréditation, c'est quoi, hein ? Quel est le résultat ? Vous voulez que je vous dise ? Le résultat, c'est une réponse par courrier, avec plein de tableaux de toutes les couleurs, mais rien de plus. On n'a aucun écho. Aucun. »

Mais pour la plupart des personnels, le temps de l'après-visite, ce n'est déjà plus le temps de l'accréditation (l'accréditation est dans leur esprit une démarche qui se limite aux temps de l'auto-évaluation et de la visite et qui se clôt avec le rapport de visite) : c'est le temps où les habitudes et les préoccupations antérieures peuvent reprendre le dessus, c'est le temps où d'autres orientations politiques leur sont données (notamment le passage à la T2A).

La coopération

Gamma est un service très cloisonné professionnellement. S'y manifestent des séparations extrêmement nettes entre les médecins (la plupart intervenant dans plusieurs services) et les autres personnels (affectés au service et considérant ainsi assurer la continuité et la permanence des soins), entre les soignants au sens large (médecins, infirmiers, aides-soignants) et les autres personnels, et au sein du personnel soignant. Ces divisions apparaissent nettement dans la division des tâches entre les différents personnels, mais aussi quand il s'agit d'évoquer les niveaux de qualité des soins et/ou de définir la qualité souhaitable.

Les personnes que nous avons rencontrées (rappelons-le : en grande majorité des personnels para-médicaux) mettent en cause les médecins dans la difficulté qu'aurait le service à produire de la qualité : entendue comme une capacité à produire de la satisfaction du patient, ici l'enfant et sa famille. Pour les soignants, cette capacité passe d'abord par des moyens en temps et en personnels qui permettraient de donner plus d'attention aux enfants, de leur donner un temps de qualité (par exemple en prenant le temps de jouer) et de ne pas se limiter aux soins techniques : on retrouve ici de nombreux discours dénonçant l'incompatibilité entre l'exigence officielle de qualité et le contexte de restriction budgétaire (et ses effets sur le nombre de personnels, les emplois du temps, les moyens). Mais les soignants soulignent aussi que la qualité est une affaire d'état d'esprit : la qualité qu'il s'agit de donner aux enfants leur paraît devoir être un ensemble de moments et de gestes d'attention, d'explication et de communication, pas seulement des temps strictement utiles et des gestes froids, ceux de « l'urgence et de la technique » qui caractériseraient justement le monde des médecins.

« La qualité, vous en pensez quoi ?

Mme B (Aux.Puer) : Pour faire de la qualité, il faut plus de personnel.

Mme C (Aux. Puer) : Et plus de matériel : des lits, des adaptables, ... Ici, c'est la misère : les barrières des lits tiennent avec du sparadrap.

Mme B (Aux.Puer) : On fait tout dans la rapidité, on n'a pas la moindre minute pour être avec les enfants, par exemple s'amuser avec eux dans la salle de jeux.

Mme C (Aux. Puer) : Ca fait six mois que je suis ici, je n'ai jamais pu prendre le temps de m'amuser un peu avec les enfants. Alors évidemment, les ados, ici, ils s'ennuient, ils tourment en rond et ils font des conneries. Ils fument dans les chambres par exemple. »

« Les médecins ont du mal à dire les choses clairement – il faut dire aussi que les parents n'entendent pas toujours ce qui leur est dit, ils sont dans une telle souffrance psychologique –. Mais bon, souvent, les médecins ne communiquent pas trop. Et souvent, nous, on doit rattraper derrière : expliquer pourquoi le médecin ne peut pas dire, par exemple. Souvent, les médecins, ils sont dans leur monde médical qu'ils connaissent parfaitement mais ils ne se mettent pas à la portée du commun des mortels. Pour eux, leur langage, c'est un langage commun, courant. Moi, j'ai appris à me mettre à la portée des gens : expliquer ce qu'est un cathlon, une diorèse. Nous, les soignants, on est plus dans les explications, terme à terme. Du coup, on est plus dans la qualité. »

Mr D (Infirmier) : Il y a aussi les demandes des médecins « Tout de suite, maintenant ». Du genre piquer un gamin à 20 heures, alors que l'on sait très bien que le prélèvement ne partira que le lendemain à 9 heures au labo. Autant le faire à 8 heures le lendemain matin, non, si l'on pense aux gamins ? Vous savez, on dit qu'il y a des parents qui résistent, qui sont pénibles, mais c'est normal. La qualité, ce devrait d'abord être le confort du gamin, et pas des tonnes de protocoles et de classeurs !

L'on retrouve ici en filigrane la question de l'organisation et de la division des tâches et leurs effets sur les pratiques et les conceptions de la qualité. La grande majorité des médecins intervenant dans le service interviennent dans plusieurs services ; ils sont décrits comme des « médecins TGV » ne prenant pas le temps de la communication avec les patients et celui de la coopération avec les soignants. Les soignants soulignent ainsi que leurs coopérations avec les professeurs sont réduites au « minimum technique », i.e. ce qui a trait au traitement dit « médical » d'une pathologie. Dès qu'il s'agit de questions dépassant ce traitement médical (établir un nouveau protocole de soins, réfléchir à une fiche-outil, discuter de façon générale de la manière de prévenir les parents), les soignants disent ne pouvoir faire appel qu'aux assistants, aux internes pour qu'ils en « réfèrent aux patrons ». Il y a donc une nette coupure, dans les pratiques et les représentations, entre le monde des médecins et le monde des soignants.

Cette coupure se double d'une autre coupure qui, elle, sépare le monde des soignants et le monde des non-soignants (psychologues, assistants sociaux, professeurs, éducateurs), désignés et/ou autodésignés par les qualificatifs de « paramédicaux », « personnels sociaux », « psycho », « à côté du soin ». Ces derniers manifestent assez consensuellement une frustration quant à la domination du médical et à l'impossibilité qui lui serait liée de produire de la qualité, entendue là encore comme la production de satisfaction chez le patient et sa famille (et non pas seulement comme l'amélioration de l'état organique du patient). Selon eux, cette qualité passe par une coopération des différents professionnels hospitaliers autour d'un projet de l'enfant, coopération dont seraient incapables des médecins et des soignants (mais surtout des médecins) trop rivaux à la dimension médicale de leur activité et ne voyant chez les enfants que des pathologies, des « occupants des lits de LEUR service ». Ils soulignent par exemple la difficulté de rencontrer (individuellement et surtout collectivement) les médecins et les soignants pour parler d'un enfant, pour ne pas échanger sur son seul état organique et trouver le temps de fonder un projet éducatif et social dépassant le court terme et le temps de l'hospitalisation. La frustration est donc grande chez ces personnels qui se sentent négligés. Certes, cette frustration s'exprime différemment : pour certains, c'est une domination naturelle, compréhensible dans le cadre d'un hôpital pensé avant tout comme un lieu de soin; pour d'autres, c'est une domination inacceptable « dès lors que l'on n'entend pas limiter les enfants hospitalisés à des porteurs de maladie ». Mais pour tous, la domination est dommageable du point de vue du patient et de sa famille. L'accréditation est d'ailleurs ici souvent critiquée en ce qu'elle avaliserait la domination des soignants et la valorisation de la dimension médicale de la qualité (en ne s'intéressant qu'aux médecins et aux soignants).

C'est quoi pour vous la qualité ?

Pour moi, je suis contente de mon travail quand l'enfant et sa famille se sentent bien dans le service, quand ils sont rassurés, qu'ils connaissent l'équipe, qu'ils ont confiance en moi et en l'équipe, qu'ils se sentent écoutés. La qualité, c'est une maman qui vient me voir et me dit « On peut parler cinq minutes ? » et à qui je peux dire « Oui ». Pour moi, oui, c'est ça, le côté soutien.

C'est possible de faire de la qualité ?

C'est vrai que je suis souvent frustré parce que je suis seule sur un travail où il faudrait être deux, parce que, en conséquence, je ne peux pas séparer les enfants par groupes d'âge ou par pathologies : ce n'est pas la même chose de gérer des enfants de 3 ans et des enfants de 18 ans, des enfants qui se battent pour la vie en attendant pendant trois-quatre ans une greffe du foie et des ados qui sont là parce qu'ils n'ont plus envie de vivre. Si j'ai

15 enfants en même temps dans la salle de jeux, je ne fais que distribuer des jeux ; quand les mamans ont envie de parler, je ne peux pas. Il y a toutes les questions matérielles qui peuvent frustrer, mais c'est périphérique finalement. Surtout ce qu'il faudrait pour faire de la qualité, c'est un véritable travail en équipe, avec les médecins, les soignants, les maîtresses, les professions sociales : on n'a pas de réunion de synthèse sur des enfants qui restent pourtant des mois et des mois. Il y a bien les relèves, mais ça ne parle que du côté soin ; c'est très très technique, très médical.

La coopération est difficile ?

Oui ! Il y a tellement d'abord de responsables par pathologies, de médecins référents, qu'il manque un grand responsable pour réunir tout le monde. Comme on n'a pas ce grand responsable, on est dans la guerre des lits entre patrons. Et puis, ce qui fait aussi que les relations avec les médecins sont difficiles, c'est qu'ils sont dans leurs trucs, qu'ils sont les rois et que pour eux, les enfants, c'est que des soins. Avec les infirmiers et les auxiliaires, ça passe nettement mieux, hormis quelques personnes qui sont complètement fermées à la psy au sens large, mais ça, ça vient de leur caractère.

Il y a une alliance entre tous ceux qui sont du côté « psy au sens large » ?

Oui, c'est un peu ça : les éducatrices, les assistantes sociales, l'école, toutes les professions qui sont venues à l'hôpital parce que le médical s'est rendu compte qu'il fallait occuper les enfants. On est les « à côté du soin », le petit plus.

(...) Il faut dire quand même que c'est toujours les médecins qui font la pluie et le beau temps sur tous les projets, sur la décision de garder un enfant dans le service plutôt que dans un autre. Donc, le service, c'est un peu des clans, avec un clan plus fort : celui des médecins. Et le problème, c'est que c'est un clan pour qui la famille n'est pas du tout placée au centre des soins. (éducatrice)

« Une des dimensions de la qualité qu'on n'arrive pas à développer ici, tout du moins pas suffisamment, c'est la coopération. Alors, est-ce que c'est parce que l'on est dans un service multipathologies ? Mais qu'est-ce qu'on fait alors des pathologies chroniques, qui restent longtemps ? Avec les assistantes sociales, l'éducatrice de jeunes enfants, on aurait envie qu'il y ait au moins une réunion annuelle entre tous les professionnels du service, pour parler d'un projet pour chaque enfant : entendez bien, pas seulement un projet médical mais un projet aussi éducatif et social. Et bien, il faut se battre pour arriver à se faire entendre. On a réussi pour le moment à le faire que pour un enfant.

C'est difficile pour les « non soignants » entre guillemets de trouver leur place ?

Oui, on a un peu tous les mêmes problèmes de reconnaissance, malgré nos spécialités. Les mêmes difficultés à se positionner aussi. Il faut faire entendre que notre place est importante et que je ne suis pas là pour faire de l'occupationnel. Moi, je ne suis pas comme les médecins, à ne me soucier que de ce qu'il se passe pendant le séjour. Moi, c'est surtout l'après qui m'intéresse. Je pense au projet scolaire de l'enfant, en fonction de ses séquences, de sa sortie. » (professeur des écoles)

S'ajoute par ailleurs dans ce service une autre dimension du cloisonnement professionnel, cette fois au sein des soignants, entre les différentes catégories professionnelles (infirmiers, auxiliaires puéricultrices, ASH). L'organisation du travail est nettement divisée : aux ASH le nettoyage des locaux sans contact avec les enfants, aux auxiliaires puéricultrices les tâches et les gestes proprement relationnels, aux infirmiers les tâches techniques. Pour beaucoup, ce cloisonnement des tâches empêche la production de qualité, à la fois parce qu'il va contre l'idée de la satisfaction du patient (distance des personnels aux enfants) et parce qu'il est générateur de dysfonctionnements (repli sur le rôle propre de chacun qui aboutirait à une rigidification des relations). L'évocation de la réglementation empêchant la délégation des tâches est ainsi récurrente dans les entretiens, généralement sur un mode critique, et particulièrement chez les plus anciens qui ont perdu avec cette réglementation certaines de leurs prérogatives et de leurs tâches les plus valorisantes (i.e. des tâches offrant des contacts avec les patients et des tâches techniques). Chez les plus jeunes, on observe plutôt une acceptation tacite de cette division du travail, même si ses effets contre-productifs du point de vue de la satisfaction des patients sont là encore admis et reconnus.

Mme B (Aux. Puer) : Il y a 5-6 ans, ils ont décidé qu'il ne fallait plus mélanger les torchons et les serviettes. Avant, on faisait plein de soins, nous, les aux. puer.. Maintenant, on ne fait plus rien. On faisait des préparations de colono, des lavements, mais on ne le fait plus. On fait encore des examens d'urines et de selles, mais on ne devrait pas. Maintenant, c'est : toilette, repas, l'environnement de l'enfant, c'est tout.

Vous ressentez un éloignement avec les enfants ?

Mme B (Aux. Puer) : Oui, c'est vrai pour les dames (= les ASH) d'abord : avant, elles aidaient aux repas, elles emmenaient les enfants aux examens, mais plus maintenant. C'est vrai aussi pour nous, à cause du manque de personnel.

« Les ASH (sont) complètement exclues. Pourtant, je pense que les ASH sont super importantes dans le service : elles discutent avec les familles ; les enfants s'y attachent autant qu'aux autres. Donc elles devraient faire partie des réunions. Et bien non : même les réunions de service, elles n'y vont pas. Je crois que tout le monde devrait y avoir sa place, mais l'hôpital, le service, c'est encore très très hiérarchisé, comme à l'armée : il y a la majeure, les cadres de santé, et ça descend grade par grade. D'un autre côté, c'est tellement énorme que si on ne hiérarchise pas, ça serait le bû : certains en profiteraient pour faire n'importe quoi. Donc il faudrait trouver un équilibre. Mais la coopération n'est pas encore à l'ordre du jour... Les clivages d'après moi, ils se font surtout autour des tâches hyper définies. Quand une tâche est hyper-définie, les gens disent « c'est pas à moi de m'en occuper, c'est pas dans mon rôle propre ». Plus les tâches sont définies d'après moi, plus les gens se retranchent sur leur rôle propre. » (éducatrice)

Gamma a donc toutes les caractéristiques d'un service où la démarche-qualité ne serait pas installée dans sa dimension coopérative, et où se poser la question de sa pérennisation serait dès lors bien précoce. Pourtant, la question de la pérennisation de la qualité s'y pose bien, comme ailleurs.

Les procédures

S'ils ne connaissent pas la démarche d'accréditation ou doutent de sa pertinence, s'ils insistent sur la difficulté du service à produire de la qualité du fait d'un manque de coopération, les personnels de Gamma sont beaucoup plus convaincus de l'utilité des procédures. Rappelons ici que c'est un service considéré comme peu technique et sans beaucoup de procédures par ses personnels. Pour autant, chaque personnel est capable en entretien de décrire quelques-unes des procédures qui régissent son activité, de dire comment il les met (plus ou moins) en pratique, d'en évaluer le plus ou moins grand intérêt. Les discours sont alors généralement assez positifs vis-à-vis de l'existence des procédures et de leur respect, vis-à-vis aussi des tentatives de les faire mieux appliquer. Pourtant, ces tentatives se sont parfois manifestées de façon assez brutale ou autoritaire : par exemple, à son arrivée dans le service, devant des dérives du temps qu'il jugeait graves, le nouveau cadre infirmier avait décidé de rédiger, en deux mois, une quinzaine de rapports d'incidents sur des erreurs de prescription, d'administration médicamenteuse, de retranscription de prescription médicamenteuse. Les personnels ne gardent pas pour autant un souvenir cuisant de cette période. La plupart reconnaissent et soulignent la nécessité de mettre en procédures les pratiques et de faire respecter ces procédures. La plupart soulignent l'effet négatif du temps dans la conduite de leurs pratiques : d'aucuns parlent de « routines », d'autres de « dérives coupables ». La plupart soulignent aussi la nécessité et/ou l'intérêt d'harmoniser les pratiques entre tous les personnels, anciens et nouveaux dans le service, expérimentés et novices, laxistes et scrupuleux. Se dégage ainsi une acceptation consensuelle de l'utilité des procédures et de la remise en ordre des pratiques.

Certes, comme souvent ailleurs, il y a quelques discours critiques sur l'inutilité de certaines procédures (« Il y a des tonnes de prescriptions médicales répétitives qui ne servent à rien, du genre surveillance de glycémies, de tensions » Aux Puer), mais les mêmes personnes reconnaissent généralement dans les entretiens qu'il était nécessaire et qu'il est parfois encore nécessaire de les recadrer, face à leur tendance inconsciente ou peu consciente à « dériver ». La question des procédures suscite donc moins de critiques que des interrogations assez fines et réfléchies sur la tendance, évolutive avec le temps, à les appliquer plus ou moins strictement, sur les niveaux de leur application. On pense par exemple à cette infirmière qui décrit par le menu détail la difficulté d'appliquer certaines procédures, l'habitude prise d'en contourner certaines, avec le devoir de rester consciente de la nécessité des procédures, notamment quand il s'agit d'actes graves :

« Qu'est-ce que vous pensez des procédures, des protocoles ?

C'est plutôt bien, c'est bien même, parce que ça harmonise les soins dans l'équipe pour que chacun fasse la même chose, ça optimise, même si on sort tous des mêmes écoles. Ça permet d'harmoniser tout ça. Avec l'expérience et les années, on dérive un peu, on fait à sa façon. C'est bien de recadrer.

Vous auriez des exemples ?

Oui, par exemple, pour poser un cathon, il faut respecter le protocole bétadine en 3 temps qu'on a appris à l'école, mais au quotidien, on ne le fait plus trop. On connaît le protocole mais on ne le fait pas : on estime qu'il n'y a pas besoin de tout ce déploiement, cet arsenal de précautions. On estime que la façon dont on le fait suffit. On est persuadé que les précautions qu'on prend suffisent et qu'on ne prend pas de risques. Quand c'est des

actes où on ne sait pas, où il faut être rigoureux, là, on suit le protocole à la lettre. Mais sinon, avec notre expérience, on adapte.

Pour vous, le protocole, c'est important quand...

C'est important que le protocole soit présent pour les nouvelles diplômées. C'est important surtout qu'on connaisse le protocole, mais, après, c'est à nous de juger : on travaille en notre âme et conscience, comme je dirais.

Une application stricte, c'est possible ?

Non, c'est pas possible. Sur la longueur, forcément, il y a des dérives parce qu'on estime qu'on travaille bien et qu'il n'y a pas besoin de protocole strict. Pour des gestes qu'on fait tous les jours, non, c'est pas possible.

Vous vous référez parfois aux protocoles ?

Pas quand c'est des gestes connus, répétés : on n'a plus besoin de les relire, c'est acquis. Les stagiaires eux, ils s'y réfèrent beaucoup. Nous, non. Sauf sur certains actes où on ne peut pas dériver.

Par exemple ?

Par exemple, un branchement d'alimentation parentérale. Encore que même ces protocoles-là, c'est jamais possible de les respecter à la lettre. Quand on fait l'acte, on ne se récite pas le protocole dans notre tête. On sait seulement où il faut prendre les précautions, où il faut être vigilant. Mais il y a toujours des petites variantes aux protocoles qui ne mettent pas en péril notre geste.

A l'extrême, est-ce qu'on pourrait imaginer des protocoles totalement impossibles à suivre ? Est-ce qu'il y a des protocoles réputés pour être impossibles à suivre ?

Non, quand même. Non, parce que ça reflète notre réflexion, celle des infirmiers, des médecins. » (infirmière)

On touche là à des questionnements pratiques (expression d'un sentiment de tension entre normes et pratiques effectives, entre contrainte procédurale et contrainte temporelle) qui nous ont rarement été exprimés sous cette forme (parce que la rhétorique de la qualité consiste plutôt à dire que l'on fait strictement ce qu'il y a dans les procédures, même si ce n'est guère voire absolument pas vrai, même si les contraintes d'organisation du travail ne le permettent pas), mais qui expriment pourtant un attachement fort à l'esprit de la démarche qualité. C'est un questionnement pratique que l'on retrouve chez la plupart des professionnels rencontrés dans ce service et qui croise très souvent un questionnement de nature éthique. La plupart des discours s'organisent ainsi autour d'une interrogation sur la place des enfants et des familles dans le service, dans les tâches et les relations de soins, dans les tâches et relations sociales au sens large. Doit-on calmer les ados suicidaires en les attachant, pour gagner en temps et en personnels disponibles ? Combien de temps passer à discuter avec les familles ? Combien de temps passer à nourrir un enfant anorexique ? Quid des autres enfants du service alors ?

« Nous, on travaille plus dans le relationnel. Parfois, on est obligé de tout lâcher et de se mettre à 5 pour canaliser un enfant, un ado qui se taillade les veines. Quand on sort de là, on est vidé, mais ça ne se voit pas. Ca, les médecins, les administratifs, ils ne le voient pas. Et pourtant, ça prend du temps – 45 minutes pour calmer l'ado sans être obligé de l'attacher –, mais ce n'est pas quantifiable : pour les indicateurs, il vaudrait mieux faire vite et l'attacher, mais est-ce que c'est de la qualité ? »

« Un anorexique, on peut passer 30 minutes à 1 heure pour lui faire manger une cuillère à café de son repas. C'est de la qualité, mais est-ce que cela va être comptabilisé dans la T2A ? Aux niveaux « élevés » – si je peux dire les choses comme ça – de l'hôpital, ils ne voient plus ce que c'est que la qualité des soins. Quand ils nous disent « Vous plaignez pas, vous avez 8,25 soignants au lieu de 8, c'est mieux qu'ailleurs », je ne suis pas sûre qu'ils parlent de qualité. »

Confrontés à la nécessité de gagner du temps, les personnels entendent ne pas faire le sacrifice de la prise en compte du patient et sont ainsi parfois conduits, dans leurs arbitrages entre respect des procédures et prise en compte du patient, à privilégier – tout du moins à ne pas oublier – la seconde dimension. Si le respect des procédures est jugé utile et souhaitable, il n'est pas pour autant considéré comme devant supprimer toutes les autres formes de qualité.

Dans cette perspective où l'éthique de la prise en compte du patient est considérée comme ne devant pas plier devant la nécessité du respect des procédures, le pire geste de non qualité que craignent d'opérer les personnels n'est pas un écart à une procédure mais l'indifférence qu'ils pourraient témoigner à un patient. Le pire signe de « non qualité » qu'ils craignent de se voir manifester n'est ni une remontrance d'un supérieur hiérarchique ou d'un médecin, ni un rapport d'incident, encore moins une réserve ou une recommandation de la part de la HAS, c'est un retour négatif de la part des familles et/ou des enfants.

« Vous avez quelles relations avec les ados ?

Mme C (Aux. Puer) : (...) Globalement, on est vécues comme les emmerdeuses, avec un bâton et un képi, qui font respecter le règlement. Et puis, il y a les relations avec les familles : là, c'est pire. Elles sont très agressives, verbales. Elles nous insultent, nous disent qu'on est des incapables. (ton amer)

Mme B (Aux.Puer) : Elles insultent la France, pas nous. Enfin,ça, c'est ce que nous dit la Major (ton dubitatif). »

Pérennisation et valorisation de la démarche-qualité

La démarche qualité n'est pas très formalisée au sein de Gamma. Certes, le service a répondu aux exigences de la première auto-évaluation dans le cadre de l'accréditation de l'établissement, mais depuis cette auto-évaluation et la visite-éclair des experts visiteurs, « l'accréditation » a été rangée au rang des souvenirs (au demeurant plutôt désagréables). La brièveté de la visite des experts dans le service et la généralité des recommandations et des réserves faites à l'établissement (sans précisions données au service sur ses forces et faiblesses propres) ont renforcé le sentiment de ne pas être concerné par cette démarche jugée lointaine et stérile. Par ailleurs, l'accréditation est vécue de façon sécancée (la première visite, la seconde visite, et entre-temps rien) et non comme un processus d'amélioration continue de la qualité. Au final, la faible formalisation et l'éloignement à la démarche de l'accréditation ne signifient pas que la question de la qualité ne soit pas du tout présente dans le service, mais seulement qu'elle ne s'inscrit pas explicitement dans la perspective de la démarche d'accréditation, ni dans celle d'une démarche continue et explicite. Dès lors, il pourrait moins s'agir pour Gamma de pérenniser la démarche-qualité que de trouver des façons de l'engager, de la réengager si l'on considère qu'elle a été primitivement engagée lors de la première accréditation.

Les conditions d'un réengagement pourraient relever d'une forme de valorisation (au sens d'une prise de conscience et d'une mise en exergue des actions d'amélioration de la qualité déjà entamées), car si la démarche-qualité n'est pas très formalisée au sein de Gamma, la réflexion sur la qualité et les pratiques d'amélioration de cette qualité sont loin d'être absentes. Il y a ainsi toute une série d'initiatives ainsi qu'un « esprit qualité » qui s'inscrivent pleinement dans la perspective des démarches-qualité (Plan, Do, Check, Act). Si la place de la démarche-qualité n'est pas très apparente au sein de Gamma, il serait ainsi bien hâtif, et selon nous, infondé, de croire que cette faible visibilité serait signe de son absence. La démarche-qualité, dans l'appréhension des diverses dimensions de la pratique hospitalière (procédurale, coopérative, éthique), est de fait très présente dans les pratiques et les positionnements des différents professionnels, mais de façon peu explicite. Ces professionnels n'ont pas la rhétorique des démarches-qualité, à savoir les mots et les discours appropriés : ils ne savent pas mettre en mots ce que d'autres professionnels, en d'autres lieux avec d'autres stratégies, auraient pu valoriser comme des pratiques et des questionnements de qualité lors des phases d'auto-évaluation ou de visite des experts. Au contraire, ils restent très méfiants vis-à-vis de cette mise en mots, qu'ils jugent relever du même artifice que l'ensemble de la démarche d'accréditation qu'ils connaissent de façon lointaine. Avant de penser à toute forme de pérennisation, nul doute qu'une première valorisation de l'intérêt de la démarche d'accréditation serait nécessaire.

Mais cette valorisation devrait sans doute aussi se doubler d'une valorisation des pratiques elles-mêmes au sein du service. Les professionnels rencontrés apparaissent très sceptiques quant à leur capacité à produire de la qualité. Ils n'ont pas conscience de faire de la qualité ; au contraire, ils insistent plutôt sur la difficulté à en faire. Tous disent devoir gagner du temps et ne pas avoir le temps suffisant et nécessaire pour la coopération, le respect strict des procédures, une prise en compte humaine des enfants hospitalisés ; tous en ressentent une forte frustration. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas engagés, au moins implicitement, dans une démarche d'amélioration de la qualité. Au contraire même, on trouve dans leurs interrogations et positionnements des interrogations qui montrent que cet engagement est fort (bien plus fort en tout cas que dans d'autres services, même labellisés par tel ou tel prix « qualité »). Etant données les contraintes de l'organisation du travail dans le service (en termes de rigidité du système organisationnel, de manque de temps et de personnels), les différents personnels se disent tous conduits à devoir faire des arbitrages entre la façon idéale de travailler (coopération, respect des procédures et éthique de prise en compte du patient) et leurs conduites effectives. Ils ont conscience de ces arbitrages et de l'intérêt de les améliorer. La principale problématique de Gamma pourrait ainsi être de parvenir à (re)lancer un processus de formalisation de ces réflexions et des pratiques en usage d'amélioration de la qualité.

Finalement, Gamma apparaît comme l'archétype d'un service où pérennisation et valorisation de la démarche-qualité restent aujourd'hui à un état prématuré, non pas qu'il n'y ait pas eu de maturation des réflexions sur la qualité, mais que cette maturation ait été freinée, bloquée, voire renversée par une première accréditation aux effets désastreux (brièveté de la visite des experts dans le service, sentiment d'injustice ressenti par l'ensemble des services vis-à-vis des recommandations et réserves faites à l'établissement).

Annexe 4 : Florilège de citations

Nous avons fait le choix de rassembler dans ce florilège quelques citations ayant trait à la question de la pérennisation et de la valorisation de la qualité, en excluant toutes les citations déjà mobilisées dans les monographies.

Propos de directeurs d'établissement

Notre pays alimente une classe parasite intellectuelle. **On est dans le délire complet quand on produit des référentiels du style V1 ou V2.** Quand on voit nos contraintes sur le terrain et quand on voit l'accélération textuelle, c'est inouï : ils ne font que rajouter des couches. Ça fait 20 ans que je suis dans le métier et je trouve cette évolution terrible, parce que ce n'est pas du tout pragmatique. **Là où la qualité devrait apporter des simplifications, elle amène des complications.** J'ai rarement vu des textes aussi prescriptifs que les référentiels, en dehors des réglementations. **L'accréditation, telle qu'elle avait été pensée, devait relever du partenariat pour avancer dans la culture de qualité. Maintenant, avec cette logique du contrôle et de la sanction, y compris financière, on est passé dans une dérive technocratique : la complexité du manuel en témoigne.** Et là, je dis attention, il y a une réaction de rejet qui se manifeste chez tous les professionnels hospitaliers contre l'accréditation, mais aussi contre toutes les démarches-qualité. Attention, les meilleures volontés peuvent se corroder. Un partenariat, c'est construit, dans une logique de volontés ; là, on est dans une logique de force, avec des Zorros. Et le terrain va vite dire STOP.

La grande difficulté, c'est de réussir à mobiliser durablement des gens actifs dans ces groupes de travail. C'est très difficile et d'autant plus que le contexte de l'hôpital les met, ou non, sous pression. Nous, il fallait que l'on resserre les boulons au plan économique, ce n'est pas le meilleur moment pour demander aux gens de bosser à la définition de leur avenir. **C'est difficile de leur demander d'être convaincu par une politique de la qualité si au niveau global les perspectives stratégiques de l'établissement sont peu optimistes. Être sur 25 dossiers à la fois, la tête dans le guidon, ce n'est pas simple et on ne peut qu'espérer ne pas aller dans le fossé.**

Vous avez été accrédité ?

On a été accrédité avec des recommandations et une réserve qui a été à l'époque extrêmement traumatisante pour l'établissement. C'est une réserve qui est arrivée au mauvais moment et que je considère comme assez injuste. L'établissement avait fait une enquête sur tout ce qui était respect des prescriptions, le fait qu'elles soient écrites, datées, signées, et on était arrivé à 60% de respect. On était assez content de nous, parce qu'à l'époque, 60% de respect, c'était beaucoup mieux qu'ailleurs. Mais on a eu une réserve là-dessus en disant qu'il fallait qu'on généralise les prescriptions écrites, datées signées. **On a vraiment trouvé ça très très injuste à l'époque.** Ça a été un traumatisme dans l'établissement parce qu'on s'est dit que finalement le travail énorme, qui avait été mené pour mobiliser les gens, s'était retourné contre l'établissement. Et ça s'est effectivement retourné contre nous, puisque certains établissements, qui avaient simplement mis en place une feuille en disant « On va travailler à la généralisation des prescriptions écrites, datées, signées », n'ont pas eu de réserve alors que nous, nous avons fait ce travail-là, un vrai travail d'évaluation et qu'on a eu une réserve.

Sur quelle base a été faite la réserve ?

Sur la base de notre enquête, c'est ça, le plus injuste : on a eu la réserve parce qu'on avait évalué notre taux de respect. Alors que la plupart des établissements qui avaient simplement dit qu'ils allaient améliorer leurs prescriptions, n'ont pas eu de réserve. Cela explique pourquoi ça a été vécu comme un traumatisme dans l'établissement et aujourd'hui, c'est un peu notre problème sur la V2. **Tout le monde se dit : Qu'est ce qu'il y a derrière l'évaluation des pratiques professionnelles ? Est-ce qu'on ne va pas encore se prendre une claque à vouloir évaluer les pratiques professionnelles ?** On n'est certes pas prétentieux au point de dire que tout va très bien dans l'établissement, mais **est-ce que c'est vraiment notre intérêt de faire une vraie auto-évaluation ?** Le traumatisme est toujours là.

Propos de directeurs qualité

Jusqu'à-là, l'accréditation a beaucoup touché l'encadrement et très peu le reste des agents : on a beaucoup de mal avec les infirmiers et les techniciens. C'est un projet très léger au sens où il ne touche que le haut de l'hôpital : on impacte peu les services. **Le corps médical, aussi, est peu présent. Impliquer les médecins, c'est tout le défi de la V2. Ici, on a beaucoup de professeurs PUPH, la crème de la médecine française, dans un hôpital jugé d'excellence, qui a un passé glorieux. Pour cette couche-là de médecins, l'accréditation, c'est de la paperasse, c'est lourd, avec un vocabulaire obscur.**

Comment pérenniser la dynamique de l'accréditation ?

D'abord, je l'ai dit, on peut pas toujours taper sur les mêmes. Et puis, ça doit être moins lourd. Il faut une approche du type contrôle de conformité, plus légère, sous la forme de check-lists, sans préparation. Cela ferait gagner du temps à tout le monde : aux experts et à nous. Et puis, il faut qu'ils nous aident : c'est facile de faire des constats, des recommandations, mais comment on les met en œuvre ? **Il faudrait nous envoyer des collègues pour nous aider à mettre en place des groupes, nous proposer un appui extérieur sur demande. Cela éviterait l'effet soufflé.**

Il y a eu un effet soufflé ?

Oui. Il y a eu une grande mobilisation, une effervescence juste avant et au moment de la visite, jusqu'à la restitution. C'était fédérateur : on disait « notre hôpital ». Et puis... Plus rien. On a deux comités qualité juste après où il ne s'est rien passé. Tout le monde disait « Y a eu l'accréditation, on a été accrédité, y a des valeurs communes, on a des points forts », mais c'est tout. Des médecins sont venus me dire : « **Bravo, mais maintenant, on se retire** ». D'autres m'ont dit : « **On vous a aidé, maintenant aidez-nous, on a des lits fermés faute de personnel** ».

Il s'est créé du commun dans la pression ?

Oui, oui, comme pendant la guerre. Il y avait un souci de préserver son hôpital : on n'a pas jamais envie de dire qu'on travaille dans un hôpital où rien ne tourne. Mais après... L'accréditation, c'est à l'instant t. En t+1, il n'y a plus rien. Tenez, un bon symbole, c'est l'APHP : avant, il y avait le SQAS (Service Evaluation Qualité Accréditation) ; maintenant, avec la restructuration, il n'y a plus rien. **La priorité aujourd'hui, c'est le plan équilibre. Feue la qualité !**

L'expérience de service aide beaucoup à travailler avec les services. **L'image de l'administratif passe mal auprès des cliniciens.** Avec mon passé, il y a un langage plus facile. Cela étant, je sais que je reste vue comme une administrative (rires). Mais mon passé peut être une qualité en fonction du professionnel que j'ai en face de moi : je peux partir d'exemple pratiques, de leur quotidien. **Les professionnels ont en général deux discours face à la qualité : soit c'est un discours virtuel, idéal, qui sert à rien ou à pas grand-chose, qui n'est en tous cas pas la priorité ; soit c'est « on n'a pas besoin de vous pour faire de la qualité, on en fait depuis longtemps ».** Donc, il faut partir des problématiques quotidiennes pour donner du sens.

Après la visite, cette dynamique, cet intérêt pour la qualité : qu'est-ce que cela devient ?

Ca s'effondre. En fait, plus ou moins. C'est pas vrai, en fait. Je crois quand même qu'on a été un moment donné le projet fédérateur de l'établissement : il n'y avait pas – et il n'y en a toujours pas – de projet d'établissement, de projet médical, de projet de soins. **Le projet qualité, ça avait le mérite d'exister : on a fédéré les équipes pendant 3-4 ans. Et puis, malgré tout, aujourd'hui, le discours et la démarche qualité sont quand même intégrés de la part des équipes d'encadrement.** Même si elles disent qu'il y a d'autres priorités, elles font appel à nous. **C'est un indicateur comme quoi le discours est passé. Ca ne sera plus comme avant.** Il y a eu une prise de conscience qu'il y avait des efforts à faire de cohésion et d'harmonisation. Ici, on est dans un système très éclaté, avec des pavillons, avec des gens hyperpointus et hyperpolitisés : leur pavillon, c'est leur clinique privée. **Le projet qualité a permis de décloisonner, au niveau des cadres tout au moins. Les cadres, elles ont envie de travailler ensemble ; il y a des projets communs.**

Et les médecins ?

Sur les médecins, c'est moins vrai, mais ils sont obligés d'y venir car on a eu une réserve sur le dossier patient dans le rapport d'accréditation. L'ANAES a dit qu'il y avait des expériences très pavillonnaires et pas globales. De fait, il n'y a pas de politique de dossier patient sur l'hôpital. Chaque service a son propre dossier, ses propres archives.

C'est dur à faire passer ?

On va essayer. Et puis, il y a la loi du 4 mars : c'est une prise de conscience pour les médecins, un changement de vision du patient. Cela nous a beaucoup aidé. **L'accréditation, c'est pas la météorite qui arrive toute seule. Il y a plein d'autres éléments de la vie hospitalière qui font bouger les choses : la loi du 4 mars, les affaires sur les maladies nosocomiales, la médiatisation des poursuites juridiques. Ce qu'on a le plus de mal à bouger encore aujourd'hui, c'est les chirurgiens.** Les services de chirurgie sont les plus résistants, parce que c'est la partie la plus noble de la médecine, et puis aussi parce qu'il y a un turn-over des patients beaucoup plus important que dans les autres services de médecine générale. Le poids des patients est moins grand.

Il faut être serein pour faire de la qualité. **Il faut avoir la foi et nous l'avons, mais il faut aussi être serein.** On se bat pour que la qualité, un jour, profite au malade, mais là, on n'a pas le temps de réfléchir. On a des automatismes, des réflexes : **la qualité, cela devient la procédure.** Alors que ce n'est pas cela. Pour moi, la qualité, c'est le bon sens tourné en routine, des actions de bon sens qui doivent devenir des réflexes. Mais pour cela, il faut nous laisser le temps de réfléchir. Malheureusement, le monde des soins est complètement dépassé par les changements organisationnels et n'a pas la même échelle de valeur que celle des usagers ou des professionnels chargés de les évaluer. Il y a par exemple une vraie surdité, une myopie des professionnels à l'égard des malades. Les malades arrivent toujours avec les mêmes questions, et on leur donne toujours les mêmes réponses, parfois même avant les questions : « on n'a pas les personnels », « on fait tout ce qu'on peut ». C'est toujours la même litanie. La 1^{ère} fois que je me suis présentée dans un service comme Directrice Qualité, on m'a éclaté de rire au nez. Ça m'a fait mal. Mais il y a quand même quelque chose de vrai : il faut de la sérénité pour faire de la qualité. En gériatrie, on manque trop de personnels, il y a une crise du recrutement : on ferme des lits à cause du manque de personnel.

Il y a une prise de conscience sur l'intérêt de la qualité pour quelques initiés, mais c'est la base qu'il faut sensibiliser, il faut faire des liens avec le terrain. Quand on a préparé l'accréditation, tout allait bien, il y avait des personnes motivées, mais après... C'est très difficile de remobiliser les mêmes aujourd'hui. **Il faut trouver des formes de reconnaissance qui permettent de mobiliser les personnes, au delà des divergences d'intérêts et de motivations. On ne peut pas toujours tourner sur les mêmes. Pourquoi pas aussi mobiliser les patients et les associations de patients pour cibler les thèmes majeurs constitutifs de la qualité ? Aujourd'hui, le patient ne peut juger que de la qualité hôtelière, ce n'est pas suffisant.**

La qualité, c'est un peu le parent pauvre de l'évaluation. On parle souvent d'évaluation pour les pratiques médicales et de la qualité pour le reste (sourire). Je ne comprends pas. Il faudrait clarifier les concepts : l'évaluation, la qualité. La qualité selon moi, elle doit s'adresser autant à l'agent de service qu'au chef de service. La qualité, c'est avoir des réactions et des comportements responsables vis-à-vis du malade, de la famille, des visiteurs, de n'importe qui qui est en souffrance physique ou en demande de renseignement. **Pour le moment, la qualité est cantonnée à des segments sur lesquels tout le monde se précipite, mais on passe à côté de l'essentiel.** La qualité, elle devrait être définie par rapport au malade. Et ici, par exemple, je ne suis pas sûre que pour les malades, la qualité, ce soit ce qu'on leur offre.

La pression des malades est forte ici ?

Oui, oh oui. Ici, c'est un hôpital gériatrique avec des familles éminentes, connues, riches et très exigeantes. On a beaucoup de plaintes des familles, à tort ou à raison. C'est parfois insupportable. On dit souvent que c'est parce qu'elles culpabilisent d'avoir mis leur parent à l'hôpital, mais il n'y a pas que ça. C'est parfois des griefs légitimes. On retombe sur l'idée que les patients n'ont pas la même conception de la qualité que les soignants.

Les résultats de l'accréditation ?

On était très content. Notre grande crainte, c'était la réserve. Et bien sûr, on aurait bien aimé avoir 0 recommandation comme St Louis ou San Salvador.

Il y a une concurrence au sein de l'APHP ?

Oh oui, terrible. On se compare souvent et on s'aide aussi parfois entre responsables qualité. Mais entre directeurs, c'est la concurrence exacerbée. Dans une phase de changement comme celle-là (= changement de directeur de l'APHP), **chaque chef d'établissement veut montrer qu'il est à la hauteur, il teste la confiance de ses équipes et sa légitimité auprès du siège de l'AP, ou plutôt du Saint Siège. Les directeurs ont une peur bleue de l'AP : le moindre écart par rapport aux autres leur paraît un risque pour leur carrière.**

Quelles sont les stratégies maintenant ? Par exemple sur les bénéfices-risques ?

Certains médecins ont dit « On va acheter un tampon et on va montrer qu'on a averti le patient ». D'autres réfléchissent plus profondément à ce que cela implique : il faut revoir les pratiques, par exemple ne pas faire d'actes invasifs sur des personnes âgées avec des pathologies lourdes. **Pour moi, un tampon sur le dossier, ça n'a rien à avoir avec la qualité : la qualité, c'est la façon de donner l'info, il faut un engagement au plus près du patient. Mais l'ANAES s'en contrefout de cela : ils se contentent du factuel ; le tampon suffit.** Mais si vraiment, ça suffit, il n'y a plus besoin de phosphorer sur l'info bénéfices-risques.

Propos de directeurs de soins

Les facteurs qui impulsent le plus la qualité ?

Arriver à faire jaillir l'expression, être à l'écoute des professionnels au plus près du terrain, partir de la base, **créer des espaces, des possibilités pour faire émerger ce qui se fait de bien ou pas bien.** Il faut d'abord savoir ce qu'il se passe.

Et la pérennisation ?

C'est le plus difficile pour nous. C'est comme un accouchement après 16 mois de grossesse et l'impression qu'il n'y a plus rien à faire, alors que tout commence ! Il faut vraiment, vraiment arriver à bâtir des équipes pérennes, avec une vraie direction qualité : je veux dire « pas des directeurs d'établissements » mais des directeurs qualité, des personnes compétentes.

Quels types de compétences ?

Des compétences dans les méthodes et des outils de la qualité. Les compétences d'un manager-risque dans le privé et puis des compétences internes. Il faut des experts professionnels.

Des qualitatifs de l'extérieur, par exemple ?

Oui, pour moi, c'est clair. Cela nous aiderait. On serait complémentaire. **Il faut un directeur qualité formé à cela. Bref, tout sauf un directeur d'hôpital formé à l'ENSP.**

Ce n'est pas le cas à l'APHP...

Non, à l'APHP, le directeur qualité, c'est soit un directeur adjoint d'établissement, soit un cadre sup hygiéniste ou de soins qui a un DU de qualité, autant dire du pipi de chat, de la roupie de sansonnet. Cela joue sur les difficultés qu'on rencontre : cela rend les choses difficiles.

(...) Pour la pérennisation, il faudrait aussi qu'on ait quelque chose à gagner à l'accréditation. Qu'est-ce que cela nous donnera en plus, en plus d'un label ? OK, un label, c'est déjà pas mal, mais c'est encore un label très médical. **En clair, il faudrait qu'il y ait un poids de l'accréditation en termes de moyens, au niveau des agences régionales. Dans le privé, il y a des motivations à l'accréditation : il faut montrer des niveaux satisfaisants, ou alors on se fait virer.** Il nous faudrait aussi des obligations de résultats. Si on parle argent, il y a une vraie dynamique derrière. Il faut qu'on soit poussé aux fesses : c'est franco-français, très latin, dans notre culture.

L'accréditation n'a donc pas de finalité claire ?

Non, on ne sait pas ce qu'il y a au bout. Quel est l'enjeu ? Quelle est la crédibilité derrière ? Qu'est-ce qu'on peut revendiquer haut et fort ?

Je suis pour qu'on aille vers une certification, avec **des professionnels qui soient des experts-visiteurs et pas des rigolos comme maintenant, pas des gens comme vous et moi**, qui n'en connaissent pas plus que vous et moi. Actuellement, ce ne sont pas des professionnels de la qualité. Ils ne font que croiser les auto-évaluations, repérer les incohérences. Et je ne suis pas la seule à me poser ces questions. Beaucoup se posent ici des questions sur la compétence des experts. **Et puis, qu'est-ce qu'attend l'ANAES ? De la conformité à des référentiels ? Ou plus ? On n'est toujours pas dans une logique de résultats. Sur la V2, je m'attendais pourtant à une réflexion sur les résultats, mais ce n'est pas encore pour cette fois.**

Propos de médecins

Si vous étiez à l'ANAES, que feriez-vous pour pérenniser l'accréditation ?

J'irais expliquer aux gens les bénéfices que cela peut leur apporter. Tant que c'est perçu uniquement comme une accréditation, ça ne marchera pas. **Il faut prendre le temps d'aller dans les services, de venir expliquer que ce n'est pas un contrôle.** Les articles, les pavés de papier, ça ne marche pas. **Ca ne marche pour le moment qu'avec la menace, mais ça ne peut pas se pérenniser.** L'ANAES ne peut pas en rajouter sur la pression ; il faut arrêter le bramage avec un fusil dans le dos. Le fusil dans le dos, c'est sans doute utile, mais cela aura ses limites. Il faut provoquer l'adhésion en montrant que cela améliorera le quotidien. Ce qui bloque surtout avec les médecins, c'est le manque d'infos.

Encore maintenant, quand je parle de qualité dans un groupe de travail, je vois souvent des sourires ironiques chez les médecins, même s'ils sont sélectionnés. La notion de qualité est encore vue comme quelque chose de superficiel, alors que c'est le fondement basique du terrain. La qualité, ce n'est pas le sourire de l'hôtesse d'accueil, c'est des gains de temps, des dysfonctionnements qui disparaissent. Par exemple, quand vous annulez un rendez-vous à l'hôpital, c'est comme si vous freinez sur l'autoroute : tout le convoi doit ralentir. Mais ça, les gens ne l'accrochent pas au mot qualité : **la qualité, c'est vu comme un truc pour faire plaisir à l'administration. Il faudrait trouver 2 ou 3 indicateurs simples par service – l'annulation de rendez-vous, le temps de réponse au malade, etc – pour évaluer la qualité, alors que les médecins pensent tout de suite à des indicateurs de guérison. Quand on veut évaluer la qualité dans un service de traitement du cancer, il ne faut pas regarder si les médecins savent bien soigner ou pas, il faut regarder les délais d'attente entre le dépistage et la prise en charge. Mais ça fait hurler les médecins : eux, quand on parle de qualité, ils répondent publications.**

(...) Le corps médical raisonne toujours de la même façon. Il dit « je me donne physiquement et moralement à mes malades, je me sacrifie, je ne peux rien faire de plus, ne me parlez pas de qualité ; moi, **j'appartiens à mes malades 24 heures sur 24** ». **Il y a un côté sacrificiel énorme : c'est Mère Thérèse dans tous les services. La notion de qualité est brouillée par ce côté sacrificiel, affectif des médecins.** C'est pour cela que les cadres ont une position privilégiée : ils ne sont pas près des malades, pas en charge du soin ; ils sont sur le fonctionnement du service. Les médecins par contre, quand on leur parle de qualité et qu'on leur demande « est-ce que vous êtes sûrs de faire toujours le bien du malade ? », ça les fait hurler. Nous, en transfusion, on a compris. Je pense que le message de la qualité a du mal à passer parce que les médecins ont la conviction qu'ils font le maximum.

Les PUPH, des médecins à part ?

Ils cumulent tous les défauts pour ce qui est de la qualité. Ils pensent qu'ils sont brillants, qu'ils sont quasiment à la perfection. Ils pensent en termes de développement technique de la science médicale. La qualité, ils ne comprennent pas que c'est le terrain, que ce ne sont pas eux qui sont en question. **Le PUPH, c'est un artiste qui fait un travail extraordinaire mais qui considère qu'il n'a pas son mot à dire sur la qualité basique : c'est « voyez avec la surveillante », dès que ça ne touche plus la clinique. Le PUPH, c'est celui qui a le plus de mal à comprendre que la qualité se situe ailleurs que dans la clinique. Il va donc déléguer au cadre.** Mais, une chose qui est sûre, c'est que la dynamique de la qualité dans un service, c'est le chef qui la

fait, pas le cadre. Il faut que les chefs s'engagent personnellement pour que ça marche. Les gens de l'ANAES le reconnaissent : ils disent bien que si le chef croit dans la qualité, ça marche, sinon ça plante.

(...)

Dans notre service d'urgences, on démarre difficilement, on est en retard pour l'accréditation. Le personnel des urgences n'est quasiment pas investi pour participer au groupe de travail mais à ça, il y a une explication toute logique : il y a eu appel à candidature en février-mars, et à cette période ça été l'horreur dans toute la France dans les services des urgences, c'est ça qui a conduit au mot d'ordre de grève nationale. **C'était impossible de proposer à des gens de participer à un groupe qualité alors qu'on était dans le merdier au quotidien. Je dis clairement à l'HAS : « Ecoutez, moi je n'ai pas le cœur à aller voir les gens et puis leur dire « Vous savez il faudrait quand même qu'on travaille sur la qualité ». Quand on voit les gens qui courent dans tous les sens dans les couloirs, qui n'arrivent pas à fournir, aller leur proposer de travailler sur la qualité, ça serait faire preuve d'un grand cynisme quand même, enfin moi je ne me sens pas capable ! ».**

Pour parler clair, la qualité et les démarches-qualité, ça fait suer les médecins, surtout quand il faut s'impliquer. Il y a quand même des nuances : les premiers qui ont évolué, ce sont les transfusionnistes et les pharmaciens qui sont soumis aux contraintes de traçabilité, sécurité, matériovigilance, etc. Et puis, il y a eu les anesthésistes, les réanimateurs. Tous les autres subissent plus qu'ils ne participent. Ceux qui ont perçu l'intérêt de la qualité se sont impliqués, mais pour percevoir l'intérêt, il faut subir. Moi, je suis dans un labo, donc j'ai vite su ce que c'est. Dès 1995, il y a eu la GBEA, le Guide de Bonne Exécution des Analyses, un cadre réglementaire qui a été impulsif. Au début, il y a une contrainte aux fesses avec visites de la DDASS, de la DRASS. Au début, ça fait chier tout le monde et puis après, on se rend compte que c'est intéressant. On découvre la satisfaction de faire un boulot pas aussi débile qu'il paraît. Après le GBEA, est arrivée la V1 : pour les biologistes, c'était la même chose que le GBEA. **Par contre, avec la V2, ce qui s'amorce, c'est le passage d'une démarche de contrôle de qualité à une évaluation et un progrès dans la qualité. C'est la fameuse référence 54 qui touche les pratiques médicales. Ca, c'est vraiment nouveau. Moi, je trouve ça intéressant. J'essaie d'entraîner les autres, je deviens impulsif. Mais les réactions des services sont très variables : certains jouent le jeu, les autres traînent.**

Quels sont les facteurs de résistance selon vous ?

A la louche, ce sont principalement les secteurs de chirurgie qui traînent : les chirurgiens s'impliquent moins que les médecins en général. On le voit bien au CLIN : les chirurgiens, on ne les voit pas, ils n'ont pas le temps, ils ne voient pas les retombées que ça peut leur apporter. Il y a des exceptions, mais c'est rare ! **Les soignants, eux, sont plus impliqués, ils ont pris le train ; les médecins pas encore, même s'il y a une plus grande sensibilité chez les biologistes et les anesthésistes.** Il faut un événement grave ou une contrainte administrative forte pour démarrer. Les disciplines qui n'ont rien qui les poussent aux fesses – comme la chirurgie –, elles traînent.

Les médecins ont une telle conviction de la qualité de ce qu'ils font qu'ils ne peuvent pas comprendre que les juges puissent leur dire qu'ils n'en font pas. On ne comprend pas tant que l'on n'est pas attaqué. Les médecins sentent confusément une montée de la judiciarisation mais ils disent « Qu'est-ce que je peux faire de plus ? ». **Tant qu'ils n'auront pas goûté à la mise en examen, ils resteront dans le discours et pas dans l'action.** Quand on doit se justifier devant un tribunal, croyez-moi, c'est une expérience. Après avoir goûté à cela, on devient un ayatollah de l'action ; avant, on délègue aux autres, à la direction, aux cadres.

C'est un constat pessimiste ?

Il y a un accrochage sur la qualité : ils n'osent plus rire aujourd'hui. Mais maintenant, il va falloir aller en profondeur dans les actions. En 2004, ils ont mordu à l'hameçon, ils ne peuvent plus revenir en arrière. Maintenant, on a un objectif : là-dessus, je suis optimiste car le plus dur, ce serait d'avoir un avenir opaque, sans savoir où aller, ou encore un objectif qui n'en est pas un, comme réduire les dépenses. Mais je suis pessimiste sur la vitesse et les moyens avec lesquels on va arriver à l'objectif.

De participer aux groupes d'auto-évaluation, en vue de la visite d'accréditation, me permet de découvrir des gens que je ne connaissais pas, mais comment dire... quand je suis dans ces réunions, je ne

vois pas l'intérêt. **Moi, quand je répare les gens cassés, j'ai l'impression d'être utile, mais là je ne vois pas l'utilité.** Pour un administratif, c'est différent ; pour lui, si les réunions durent, c'est son travail. Pour nous, les médecins, une réunion qui dure plus d'un quart d'heure, c'est une perte de temps. C'est pour cela que l'on dit que les médecins mettent à distance les travaux de groupes à l'hôpital. **Mon travail, c'est d'opérer alors une réunion ne doit pas durer.**

- *Que pensez-vous des protocoles et des procédures qui doivent entourer les pratiques professionnelles et rappeler ce que sont les bonnes façons de faire et les événements indésirables ?*

Je crois que les médecins n'ont pas la même conception de la qualité que les administratifs. Pour moi, la qualité, c'est la qualité de chaque acte. Il faut qu'il soit le plus proche possible du but à atteindre, je ne dis pas de la perfection. Il y a plusieurs niveaux inquiétants avec toutes les procédures et règlements qui nous arrivent. Par exemple, les directives sur les repos compensateurs, les durées de travail en continu, les gardes, nous ne réussissons plus, à trois médecins, à couvrir la semaine dans notre service. Autre exemple, les textes réglementaires, lorsqu'ils sont appliqués à la lettre, rendent les situations inextricables. **Il y a chez certains responsables une sur-lecture des textes qui complique les choses.** Ainsi, sur les règles de stérilisation des instruments consécutifs aux problèmes relatifs au Creutzfeld-Jacob, certains outils de chirurgie doivent passer à l'autoclave pendant une durée élevée et à une température particulière. Mais moi, je n'utilise que des outils qui n'ont rien à voir avec la neurochirurgie (concernée par le Creutzfeld-Jacob) et dont, par ailleurs, j'ai l'exacte traçabilité, ce qui me permet de savoir qu'ils n'ont pas pu être infectés. Et bien, je vais me retrouver contraint de les soumettre à une durée de stérilisation inutile et un malade qui doit être opéré en urgence peut en pâtir. Cette sur-lecture des textes crée des conflits internes entre le médecin et le responsable de la stérilisation qu'est le pharmacien. Je m'accroche souvent avec lui.

Ce qui nous fait peur, à nous médecins, c'est que finalement quand vous faites une intervention qui vous coûte plus cher que prévu parce que le malade reste hospitalisé deux jours de plus que prévu, on finisse par nous dire : « la qualité, c'est de faire durer moins de temps l'hospitalisation ». On ne peut pas construire la qualité sur des critères restrictifs. Les normes me font un peu peur pour cela. Elles risquent de conduire à des restrictions de la décision médicale et cela, à l'hôpital public, c'est inadmissible.

La procédure d'accréditation ne s'est pas trop mal passée, mais **il a fallu beaucoup mobiliser les équipes, faire de l'information, expliquer ce que c'était, ce n'était pas du tout dans la culture. Alors le fait d'avoir une réserve sur le dossier médical, les gens l'ont vécu comme une sanction.** Il a fallu beaucoup de travail d'explication pour faire passer le message. Et on va recommencer avec la version 2 de l'accréditation où l'on rentre dans les pratiques professionnelles. Jusqu'à présent, c'étaient les modèles organisationnels qu'on testait, les gens avaient un peu l'impression que ce n'était pas eux-mêmes mais le système en général que l'on appréciait. Là, le prochain coup, c'est des pratiques professionnelles dont il sera question. Pour m'occuper de formations continues, je sais qu'il y a du boulot pour faire passer le message, donc ça va réactiver les difficultés.

Avec la préparation de l'accréditation, on a été obligé de mettre en place un certain nombre de choses, à se rendre compte d'un certain nombre de lacunes, où l'on avait l'impression que c'était clair pour tout le monde et ça ne l'était pas. Cela a obligé certains à prendre conscience qu'il y avait besoin d'avoir un protocole parfois. **Si ce protocole est trop rigide, il y a des gens qui vont dire moi il n'est pas question que je fasse exactement comme l'indique le protocole ; il a fallu montrer que même les protocoles pouvaient avoir une certaine souplesse.** Donc l'accréditation a obligé à mettre de l'ordre. On a identifié les points de faiblesse, en contrepartie on a vu des domaines où l'on était bien avancé par rapport à d'autres, et l'on s'est aperçu que l'on pouvait transposer à d'autres nos pratiques. Cela a des effets bénéfiques, mais là aussi ça sera progressif, parce que maintenant qu'on sait qu'il y a ces procédures, ces protocoles, on essaye de s'y tenir, on essaye d'en construire d'autres et le fait que l'on arrive à une seconde évaluation va réactiver tout ça. Dès cette année, on va être obligé de mettre en place des protocoles de soin très précis. Dans les CHU, on en avait déjà pas mal avec nos évaluations en recherches cliniques. Il faut expliquer aux gens que faire un travail de recherche clinique c'est déjà de l'évaluation de la pratique, et qu'on ne demande pas plus dans l'immédiat.

Pour la préparation de l'accréditation, j'ai fait un acte de candidature pour être dans le groupe « droit et information du patient ». **Je trouve que c'est intéressant ces groupes. Ils sont pluridisciplinaires et l'on découvre le point de vue inattendu de gens qui ont une autre activité.** Par exemple, le fait de pouvoir dialoguer avec les gens qui travaillent à la consultation quand on est dans un service de médecine, c'est important. Cela dit, dans ces réunions, on a parfois l'impression que l'on perd son temps car on ne peut pas résoudre les questions évoquées. Par exemple quand on réfléchit sur le fait de libérer les places de parking spécialement réservées aux handicapés alors qu'elles sont souvent occupées par des non-handicapés, que voulez-vous faire ? Il y aura toujours des gens qui ne respectent pas cela. Parfois, les discussions sont trop longues sur des problèmes de ce genre. Mais cela reste intéressant quand même.

J'ai l'impression qu'il y a trop de gens qui pensent à la qualité et qui ne savent pas comment fonctionne un service de soin. Par exemple sur la confidentialité et le secret médical c'est certain qu'il faille y travailler mais je ne sais pas si on va pouvoir faire grand chose. Les administratifs ne se rendent pas compte de ce qu'est un service ; ce n'est pas toujours facile de cacher un dossier. On a des discussions avec des gens qui ne se rendent pas compte de la réalité des choses. Bon, c'est intéressant, mais ça prend du temps et nous avons autre chose à faire. Les « y a qu'à », « faut qu'on », cela ne suffit pas.

Nous sommes très influencés par la démarche anglo-saxonne et nous tombons parfois sur des procédures inapplicables. Avec la crise de la « vache folle », nous avons eu des demandes de stérilisation de matériel à 140 degrés. Comme nous n'avons ni les moyens d'avoir du matériel jetable, ni la possibilité de tout stériliser à de pareilles températures (on peut pousser les autoclaves, mais cela peut prendre un temps que nous n'avons pas) nous étions placés devant des situations ingérables. Donc on s'arrange... **Tout n'est pas à jeter avec la normalisation, mais il ne faut pas oublier que dans les situations, tout se passe comme avec les organismes vivants. Ils ont un système d'adaptation et de conservation qui se corrige avec la confrontation à l'environnement mais ils ont aussi un système de diversification qui propose du neuf à l'environnement qui favorise le changement. Il faut donc les deux la normalisation et le contrôle sans que cela interdise la diversification, l'innovation.**

Propos de pharmaciens

Dans notre métier de pharmacien, les procédures, les enregistrements, ça a toujours été notre mode de travail. Donc, nous, on est en plein accord, en pleine cohérence avec l'accréditation. On s'étonne d'ailleurs que certains redécouvrent à l'hôpital qu'il faut un peu d'organisation et d'ordre pour que ça fonctionne. Cela fait 38 ans que je me bats pour que ce principe de rigueur et de qualité soit appliqué sur la distribution du médicament dans les unités de soins. Mais je n'y arrive pas, on n'y arrive pas. On espère maintenant qu'avec ce processus, on va finir par recadrer et faire passer le message du métier de pharmacien à l'hôpital.

Sur la distribution du médicament, on alerte depuis des années sur le fait qu'on n'est pas dans les conditions de sécurité prévues par la loi. Entre la prescription médicale et la distribution au patient, il doit y avoir la dispensation par le pharmacien : vérifier la compatibilité des produits, les posologies, faire des choix de substitution si les médicaments ne sont pas disponibles, ...et cela pour chaque patient : normalement, les produits – je dis souvent les poisons pour bien faire comprendre l'enjeu – devraient monter dans les étages individualisés par patients. Mais pour tout cela, il faudrait que les ordonnances arrivent à la pharmacie, ce qui n'est pas le cas. Tout se passe au niveau des stocks d'étage, des armoires d'étage : l'infirmière commande un stock de médicaments et elle délivre à partir de ce stock, avec toutes les erreurs et dysfonctionnements possibles.

Par exemple ?

La prescription est très souvent recopiée : une première fois dans une fiche-outil pour la distribution au malade, une seconde fois dans le bon de commande envoyé à la pharmacie, alors qu'on devrait avoir la prescription médicale directement. Dans les bons de commande, les infirmiers nous commandent des stocks pour

l'ensemble de leur service. Je dis souvent qu'on est des grossistes qui approvisionnent les infirmières – les « mères de famille » comme je dis – qui les distribuent ensuite à leurs patients, je dis bien « leurs » patients, leurs enfants, quoi. On a bien demandé aux médecins de faire 2 ordonnances, et on a été suivi par quelques jeunes internes notamment, ce qui permet de préparer des colis individualisés pour chaque patient. Mais les mères de famille se sont révoltées. C'est leur petite maison, vous savez. C'est leurs affaires. Elles refont souvent les colis que l'on a préparés. La seule chose qui nous sauvera peut-être, c'est l'informatique, la prescription informatisée.

L'accréditation, ça a été un moteur fantastique, parce que personne ne voulait être pris en défaut. C'est quand même une remise en cause de nos modes de fonctionnement à l'hôpital, et cela ne s'est pas fait sans cris et gémissements, évidemment. Parce que tout le monde n'est pas prêt à se remettre en cause. **Le plus gros avantage de l'accréditation, c'est d'avoir fait travailler les gens ensemble : cela nous donne une ouverture sur l'autre et puis un moyen de faire bouger certaines pratiques.**

C'est un levier ?

Oui, oui, oui. Cela permet un décloisonnement, une opportunité de remise en question. Ça a changé beaucoup de choses en ce qui nous concerne : je ne crois pas qu'il y ait une seule pharmacie hospitalière qui n'y soit pas rentrée joyeusement. On a d'abord énormément besoin de reconnaissance et puis cela nous va bien de respecter les procédures, les signatures.

Les choses ont beaucoup changé donc depuis l'accréditation ?

En fait, je me rends compte que je vous parle plus en termes d'espérance que de réalité. Les choses sont plus à faire qu'elles ne sont faites. Cela étant, il y a un contexte de mouvement, de dynamique, d'acceptation de remise en cause. Et puis il y a des axes qui sont quand même particulièrement travaillés dans l'accréditation : la sécurité, la confidentialité, ... Il vaut mieux être dans ces axes. Notre chance, aux pharmaciens, c'est d'y être. (...)

Vous y croyez donc quand même un peu à cette démarche ?

Là encore, je sens bien qu'il y a une part de croyance, d'enthousiasme dans ce que je vous dis qui ne correspond pas à la réalité telle que je la vois. Vous avez raison, on s'est enthousiasmé un peu artificiellement, mais faut tenir bon quand même. Il faut des gens qui craquent des allumettes de temps en temps.

Que pensez-vous de la pérennisation de cette démarche ?

Il y a un côté très désagréable dans l'accréditation, c'est la comparaison des établissements. C'est un peu monter en absolu quelque chose qui ne l'est pas. On connaît pourtant tous la variabilité entre les différentes équipes d'experts et puis, c'est subjectif pour beaucoup de choses.

Propos de cadres

La difficulté de la qualité, ce n'est pas l'objectif, ce sont les moyens. **Par exemple, sur le lavage des mains, on vous dit « faut faire comme ça », et puis quand après vous demandez des gants au magasin, on vous dit que vous en utilisez trop. Par exemple dans le protocole, il est noté qu'il faut utiliser 2 essuie-main pour s'essuyer les mains, mais si vous faites ça, vous avez encore les mains mouillées, alors vous en utilisez 3, mais le protocole dit qu'il en faut que deux.**

Le protocole va jusqu'à établir le nombre d'essuie-main ?

Oui.

C'est un protocole établi ici ou... ?

Ici, donc après si vous utilisez 3, vous en avez plus à la fin du mois donc vous en redemandez, et on vous dit que non vous en avez déjà trop utilisés. C'est tout comme ça. **Des fois, faire la qualité c'est difficile, mais on ne peut pas être contre.**

L'essentiel de la qualité selon vous ?

Que les soins soient faits en qualité et en quantité, que le relationnel soit fait avec les patients et entre les équipes. Après ça, que ce soit écrit ou oral, c'est pas important.

Vous voulez dire qu'il y a un excès d'écrit pour certaines choses ?

Oui, la traçabilité est parfois excessive : on est censé noter tous les accords du malade pour tout ce qu'on lui fait. Mais un malade, quand il vient à l'hôpital, c'est pour être soigné, non ? Pour tous les examens, même une radio ou une prise de sang, il faudrait le consentement. Sur l'invasif, cela me paraît normal, mais on est passé à un excès.

Comment se font les demandes de consentement, généralement ?

Par communication de documents standards sur un type d'examen : on fait signer le document, on le met dans le dossier et l'ANAES est contente. Mais est-ce que le patient, lui, est content ? Est-ce qu'il n'aurait pas préféré une autre façon de faire ? J'ai peur que le fait de donner des documents dédouane les personnels d'une communication avec les patients.

La réaction des infirmiers face aux procédures, aux protocoles liés à l'accréditation ?

La vieille rengaine chez eux et chez les médecins, c'est de dire que c'est plus de charges, que le dossier de soins grossit, avec plein de docs qui ne servent à rien : pour chaque patient, cela devient une usine à gaz, avec 10 pages différentes. On a essayé de faire plus court.

Comment ?

On a un peu sabré dans le dossier de soins, en enlevant toutes les feuilles qui étaient illégales, par exemple les feuilles de température où l'on trouvait des thérapeutiques sur 10 jours. On a aussi simplifié le mode de transmission infirmier : on a fait un diagramme de soins simplifié, plus direct ; il n'y a plus que des cases à cocher pour décrire les actes qu'elles font. Les infirmières n'étaient pas très heureuses qu'on réduise leur travail à des croix : c'était très désobligeant. Ça fait mieux d'écrire « cathéter branché » que mettre une croix dans la case « cathéter branché ». Ça fait mieux, et elles ont pas le sentiment d'avoir rien foutu. Pour les retransmissions aussi, on travaille sur un mode de transmission pour qu'elles ne racontent pas des choses dont tout le monde se fout. Par exemple, écrire que « le patient a passé une bonne nuit » sur les deux tiers des transmissions, cela ne sert à rien pour la transmission du patient ; c'est pareil avec « va bien » qui a remplacé le « RAS ». A l'inverse, les infirmières ne notent quasiment rien sur le ressenti du patient.

Y a-t-il des procédures qui ne servent pas, dans toutes celles qui ont été mises en place ?

Non, je ne vois pas de procédures inutiles, de contraintes réglementaires inutiles. Les infirmières en trouvent certaines inutiles, par exemple sur la traçabilité sur les produits sanguins, on voit ça à leur résistance à remplir les procédures : il n'y a qu'une feuille sur dix qui repart à la banque du sang. La traçabilité, elle sert surtout à la banque du sang et l'infirmière, ça lui sert à rien. Comme ici, on transfuse entre 5 à 10 poches par jour, c'est hyper contraignant de renvoyer la feuille à la banque du sang. Elles le font parce qu'on leur demande de le faire, mais ça n'est pas très suivi. **Quand ça vient de l'extérieur, les filles, elles ne sont pas très partantes.**

(...) Sur le bénéfice-risque, vous notez quoi dans le dossier ?

Il y a un item « information du traitement au patient et à l'entourage » : on met une croix.

Comment se fait l'info généralement ?

C'est peu formalisé. Ce qui nous intéresse de toutes façons, c'est si ça a été fait ou pas.

Ce n'est pas un peu une dérive ?

Non, je ne pense pas, parce qu'avant, il n'y avait rien.

Vous annoncez toujours les bénéfices-risques ?

Pour les thérapeutiques et les actes invasifs essentiellement, et puis pour les examens génétiques. Pour le reste, non. On peut pas demander l'accord pour tout, pour la moindre prise de sang ; ça tournerait à du n'importe quoi. Donc on a réduit le champ.

L'annonce, elle est faite comment ?

A partir d'un papier qu'on donne au patient. Le papier dit comment se passe l'examen, le bénéfice attendu, le risque encouru. On récupère le document signé le lendemain. L'important, c'est la signature, la trace écrite, la preuve.

C'est une crainte du judiciaire ?

Oui, y a l'aspect judiciaire, mais pas seulement. C'est une précaution. Mais le moteur de l'histoire, c'est quand même que les gens soient concernés par ce qui leur arrive.

La visite des experts s'annonce proche ?

Oui, dans moins d'un mois, du 11 au 15.

Ils vont venir dans ce service ?

Sur le planning, ce n'est pas marqué, mais ils ont prévu une journée-consultations sans précisions, alors peut-être qu'ils viendront là : je n'en sais rien.

La pression monte ?

Non. Franchement, honnêtement, pour les équipes, ce n'est pas leur problème. De toutes façons, moi, je leur ai dit de ne pas s'angoisser. Ca ne rimerait à rien. On en est où on en est. Il faut être honnête. Je ne sais pas si vous avez vu : il y a plein de cartons dans le hall d'entrée, parce qu'on n'a pas les locaux pour stocker, on n'a pas les conditions de travail pour travailler normalement. Donc il faut être honnête, il ne faut pas se voiler la face. On fait aussi bien qu'on peut, on a essayé de mettre en place certaines choses comme le dossier patient, on a essayé de progresser, mais on s'est limité à des choses réalistes : on ne peut pas inventer des locaux.

Vous n'avez a priori pas de grandes craintes à avoir, dans un service réputé comme le vôtre ?

Oh, si. **Il y aurait beaucoup de choses à faire. Par exemple, on a des gens qui sont en aplasie, sans défense immunitaire, et qui devraient être obligatoirement en chambre seule, protégée, et bien, ils sont en chambre double. De toutes façons, on n'a pas assez de personnels pour faire les nettoyages nécessaires pour des chambres protégées.** Et dans les chambres doubles, les gens sont mélangés. Vous voyez, c'est pour cela que je vous dis qu'il faut être réaliste. Les médecins le sont, de toutes façons. On ne peut pas inventer ce qu'on n'a pas. **Cela étant dit, il y a quand même des choses qui viennent de changer, juste avant la visite. Par exemple – quelque chose de tout bête – les vestiaires des personnels n'avaient pas jusqu'à maintenant de sacs de linge pour mettre les tenues sales, donc les agents se changeaient, prenaient leurs tenues sales et remontaient avec les tenues sales dans les services. Vous imaginez ? Il y a trois jours que des sacs ont été mis en place. C'est quand même dommage qu'il faille toujours un bâton pour faire bouger.** Ils sont aussi en train de repeindre les sous-sols, ils mettent des panneaux d'affichage, ... Ils ne pourront pas tout cacher, dans une si grosse institution. Mais bon, on peut aussi le voir comme un point positif : ça fait un peu bouger les choses. Le tout, c'est que cela ne retombe pas après.

Vous craignez que cela retombe ?

Oui, d'après ce qu'il se passe ailleurs, je le crains.

Vous êtes contente que les experts ne passent pas dans le service ?

Ils peuvent venir, ça m'est égal. Ils viendront peut-être d'ailleurs, ils peuvent toujours décider à la dernière minute de ce qu'ils veulent faire. Moi, je les attends même, j'attends que ça, qu'ils viennent : ils verront dans quelles conditions on travaille, et comment on accueille les consultants. Ils verront. Parce que là, s'ils veulent nous bloquer sur la confidentialité, ils peuvent, et sans aucun problème. Et la difficulté, c'est qu'on ne peut pas résoudre le souci : il y a des dossiers qui sont stockés partout, il y a des noms qui apparaissent. Je vous dis : ils peuvent venir, mais, moi, je ne cacherai pas ce qui est la réalité. C'est ce qu'on s'est dit avec le chef de service, au sujet des cartons qui stagnent partout : on s'est dit « c'est certainement pas pour l'accréditation qu'on va cacher tout cela ». Non, je vous le dis, on est assez serein par rapport à l'accréditation, dans le service.

Je vous demandais seulement cela, parce que ce n'est pas toujours ressenti comme cela...

Ah, oui, oui, je le sais. Il y a une de mes collègues qui a été accréditée l'année dernière, elle a été visitée et elle en garde un terrible souvenir. Elle a été traumatisée : des questions, des questions, des questions. Maintenant, je peux vous dire qu'elle appréhende la prochaine.

Propos d'infirmiers

Les procédures et les protocoles augmentent les contraintes de travail mais ce n'est pas pour améliorer les pratiques mais pour répondre à la tendance générale de la judiciarisation des conflits. Les personnels n'associent pas forcément ces contraintes et la qualité. Il y a surtout une contradiction entre le discours sur la qualité et les moyens. En réalité la qualité son moteur c'est le malade. C'est le malade qui donne du sens à ce que font les professionnels. **La qualité pour moi c'est : on se démerde pour faire au mieux.**

Ce qui vous plaît particulièrement dans votre métier, c'est...

C'est l'humain, c'est d'accompagner les gens. La technique, ça m'ennuie un peu, ça m'énerve un peu. La technique, et puis tout ce qui est papier. On est envahi par les papiers, on devient des secrétaires médicales, je trouve ça lourd. Surtout la traçabilité, c'est lourd. Par rapport à l'accréditation, par rapport à tout ce consumérisme, je trouve ça lourd, parce qu'on est tout le temps en train de dire « Tu l'as fait ? Tu l'as écrit ? Tu l'as prouvé ? ». C'est une responsabilisation, dans le seul but de se protéger. On a l'impression qu'on nous demande si on a fait quelque chose pour se protéger de l'avoir fait, plutôt que pour sa finalité première : la finalité, c'est quand même que le patient soit soigné. **Normalement, on devrait être là pour le patient, alors que là, on a l'impression qu'on est là pour la structure. Le poids de la structure prend de l'ampleur par rapport à la première finalité de notre travail, qui est le patient.**

Vous avez de plus en plus de papiers...

De papiers à remplir, de papiers à faire signer. Par exemple, en ce moment, on est en train de mettre en place un papier quand les gens prennent une télécommande, parce que les télécommandes de télévision disparaissent. Donc on a un papier à faire signer par la personne référente du patient. On a un autre papier comme quoi le patient est au courant qu'il ne doit pas laisser d'argent dans sa chambre. Par exemple, quand on a une prescription, il faut aussi cocher ce qu'on a fait, ça, c'est plus normal. Quand on fait une transfusion, il y a plein de papiers à remplir, de signatures à faire. **Il y a des procédures, des procédures, on est tout le temps dans la procédure, on est tout le temps en train d'apprendre à faire des procédures. Dès qu'on fait un acte, on fait une procédure. Et ça, c'est nouveau, parce qu'avant, on ne le faisait pas. C'est vrai qu'il y avait peut-être des abus, des choses mal faites, des choses faites sans les dire ; c'est vrai aussi que c'est fait pour limiter les coûts. Mais c'est lourd et cela a un coût aussi :** dans chaque service, il y a un référent qui reçoit les courriers et qui les dispatche, il y a des groupes de personnes qui travaillent dessus. **Il y a beaucoup de thèmes – l'hémovigilance, la douleur, l'incendie, ... qui sont procéduriers. C'est trop. On a l'impression qu'il suffit de prendre le classeur pour soigner. D'un côté, on parle d'humaniser les hôpitaux et d'un autre côté, on se robotise, on se met dans des actes systématiques, on est très peu dans les chambres, on est tout le temps dans les papiers et au téléphone.**

(...)

A l'hôpital, j'ai l'impression qu'on en rajoute, qu'on en rajoute. Regardez, pour les dossiers patients, il y a encore beaucoup de services où les médecins veulent garder leurs propres dossiers patients, et on est obligé de les remplir parce qu'ils le demandent. **Peut-être que l'accréditation va permettre de résoudre ce problème, mais pour le moment, on fait les deux : on fait ce que l'accréditation nous demande et on fait ce que les médecins nous demandent. Ça fait qu'on écrit beaucoup.** Par exemple, la feuille de température n'est plus valable, mais elle continue à apparaître dans les dossiers, parce que les médecins veulent avoir les constantes (tension, température) et le traitement en même temps, sur la même feuille, pour faire le lien entre, par exemple, la fièvre qui monte et l'arrêt d'un antibiotique. Cette feuille normalement, on ne devrait pas avoir à la remplir, puisqu'on fait déjà apparaître les constantes dans le dossier du patient. Donc on remplit les constantes deux fois. Pareil, pour les traitements, c'est nous qui les récrivons alors que normalement, ce devrait être les médecins : nous, on recopie dans la planification les traitements qu'ils prescrivent.

La démarche d'accréditation a changé un peu les choses ?

Disons qu'il y a beaucoup de choses qu'on est en train de mettre aux normes et je trouve que c'est très bien, parce qu'il y avait des classeurs complètement poussiéreux, avec des façons de procéder qui n'existaient plus depuis 15 ans. Donc ça a rafraîchi, c'est sûr que c'est très utile. Mais il va falloir que tout le monde se mette au diapason, aux procédures qui sont mises en place. Tout le monde ne les connaît pas. On ne sait pas tous où sont les procédures. Il faudrait qu'on se mette tous ensemble, pour voir tout ça, et arrêter de tout faire au coup par coup. Comme on a beaucoup de boulot, on n'est pas souvent ensemble pour être tous au courant de la même chose au même moment. Avant, on avait des temps de transmission plus longs, de chevauchement sur les services ; maintenant, on a juste le temps de faire les transmissions des dossiers, on n'a plus le temps de faire des réunions, ou alors, il faut dépasser sur les horaires, mais bon, celles du matin, elles sont complètement épuisées quand elles arrivent à la fin de leur service, donc elles ne seraient pas efficaces. Maintenant, on n'a plus le temps de se voir : il y a un délitement du travail de groupe qui est flagrant, depuis la RTT. Il y a du bien et il y a eu du mal. Il y a eu du bien pour son temps personnel, mais au niveau du travail, on fait la même chose en moins de temps, donc plus mal.

Vous allez plus vite, vous faites sauter certaines choses ?

Oui, par exemple, on doit écrire, dans le dossier de soins, les transmissions ciblées, c'est-à-dire ce qui, en étant coché, ne suffit pas : il faut expliquer un peu plus. Et bien, cela, on a vraiment du mal à le faire et c'est rare qu'on le fasse. **Le Donnée-Action-Résultat-Evaluation, ce n'est pas évident de le faire, on le fait après**

coup et pas de façon régulière. On arrive un peu plus à le faire la nuit, quand les patients dorment. Moi, je tourne entre des services de jour et des services de nuit. J'aime bien le travail de nuit, parce qu'on peut voir les patients dans un autre contexte. L'accompagnement des patients la nuit n'est pas le même que le jour : ils n'ont pas les mêmes demandes et on n'a pas la même attitude. On doit être là pour les calmer, les déstresser. Il y a moins de soins pratiques, techniques, mais il y a un accompagnement plus grand. Par exemple, le premier tour qu'on fait le soir, jusqu'à minuit, il est vachement important parce que les gens sont plus angoissés, un peu comme les enfants en bas âge le soir : quand on est hospitalisé, le soir, on a besoin de parler, d'être rassuré, d'avoir une présence. Donc, le travail de nuit, c'est vraiment une approche du patient qui est complètement différente et qui manque beaucoup en jour. Moi, quand je travaille de jour, je suis frustrée de ne pas pouvoir avoir cette attitude : on voit les patients au coup par coup, sur des soins ciblés.

Sur la visite des experts, ils vont passer dans votre service ?

Normalement, ils devraient passer dans un des services du pôle, mais je ne sais pas lequel.

Vous avez des conseils ?

Oui, oui, on a des conseils. On nous a rappelé tout ce qui doit être aux normes dans les dossiers, au niveau de toutes les vigilances. Donc, on est en train de tout mettre au carré : chaque classeur aura son thème et ses fiches (rires). **Mais bon, on a du mal avec certains : les médecins qui ont un peu de bouteille, ce n'est pas évident de leur faire changer leurs habitudes ; quand ils écrivent tous leurs diagnostics au tableau, que tout le monde peut les lire, la confidentialité, là, c'est du zéro pointé.**

Le jour de la visite, ça serait bien qu'ils ne soient pas là ? (rires)

Oui (rires). Ou qu'on ait pu effacer tout ça (rires). C'est vrai que... **Je pense que l'accréditation, c'est salubre. Mais le problème, c'est que c'est une épée de Damoclès à un moment donné. Il vaudrait mieux que ce soit un processus durable, une démarche qualité en elle-même. Mais bon, il fallait bien commencer par quelque chose de toutes manières, il fallait bien un début et ça ne pouvait être qu'assez violent au départ.** L'accréditation, c'est quelque chose d'un peu violent – on peut employer ce mot –. Et puis, après, il faudra garder ce qui est bon pour le pérenniser. Parce qu'il y avait quand même beaucoup de choses qui n'étaient pas partout pareil, il y avait beaucoup de choses qu'il fallait changer : quand on passait d'un service à l'autre, on était complètement déphasé, il fallait un temps énorme d'adaptation ; il fallait une harmonisation des pratiques.

L'accréditation, ça vous évoque quoi ?

Les cours les plus barbares de l'école d'infirmières ! (rires) C'étaient des administratifs qui venaient nous faire des cours sur la qualité des soins, l'accueil du patient, la gestion du matériel, les protocoles qu'il fallait mettre en place pour être accrédité. Et maintenant, quand je vois ce qu'il se passe ici, sur le terrain, je me demande comment on va faire pour être accrédité. J'ai l'impression qu'il y a des choses qui ne sont pas très au point, il me semble. Enfin, c'est ce que j'en vois.

Sur le terrain, vous en parlez de l'accréditation ?

Oui, on commence à en parler, on commence à parler de mettre en place des nouveaux protocoles mais ce n'est pas encore vraiment d'actualité. Et je me demande comment ça va se passer. **C'est très pratique ce que je vais vous dire, mais voyez, quand on pose des perfusions par exemple, on ne respecte pas le protocole, parce qu'on n'a pas le matériel adéquat : on ne change pas toujours la tubulure de la perfusion, parce qu'on n'a pas le matériel qu'il faut. Donc on est obligé de « faire mal » entre guillemets. Bon, ce n'est pas une erreur monumentale, mais je veux dire, ce n'est pas la règle. Je me dis que c'est un peu triste. J'ai l'impression qu'au Ministère, ils ne se rendent pas compte – ou alors, ils se rendent compte et c'est encore plus triste – de l'importance du manque de personnels et de matériels et de ce que cela peut engendrer : c'est quand même la santé des gens. Je sais bien qu'il y a des problèmes financiers, mais on ne peut pas rogner sur tout. Si on veut une meilleure qualité de soins pour le patient – des actes qui respectent les protocoles, un bon accueil et du temps auprès du patient –, il faut plus de personnel et de matériel. Quand j'étais dans le service de médecine, il y avait des jours terribles où je ne voyais pas les patients : on rentrait dans la chambre, on prenait nos constantes, on posait la perf, et hop, on se dépêchait de repartir. On n'avait pas une minute de dialogue avec les patients, si on voulait que les soins techniques soient faits. Et les aides-soignantes, c'était pareil : les pauvres aides-soignantes faisaient des toilettes de 8 h 00 du matin jusqu'à 12 h 30. On ne s'arrêtait jamais, on mangeait chez nous en rentrant. C'était l'enfer. Et là, inutile de parler de qualité !**

La qualité, pour vous, ce serait quoi, avant tout ?

La qualité des soins, ce serait surtout avoir une bonne connaissance des pathologies et des surveillances des pathologies. On se rend compte des fois que malheureusement on fait des soins sans savoir pourquoi on les fait. Je trouve que c'est horrible. On pourrait avoir des petits fascicules sur chaque pathologie.

Sur les prescriptions, c'est une catastrophe. Elles sont parfois signées par les médecins, mais pas toujours. Des fois, on est obligé de les recopier. Et ça, c'est une catastrophe pour l'accréditation. Ce n'est pas du tout rempli comme ça devrait l'être.

C'est une catastrophe pour l'accréditation seulement ? Est-ce que, selon vous, c'est un vrai problème ? Est-ce qu'il y a déjà eu des conséquences pour les patients ?

Vu qu'il y a de plus en plus de recours judiciaires des patients contre l'hôpital, je me dis qu'il faudrait quand même être dans les règles par rapport aux prescriptions. On est quand même en tort si on fait un soin qui n'a pas spécialement respecté les procédures. Il y a des soins banals où ce n'est pas très grave – enfin banals, c'est moi qui vois ça comme ça – donc j'accepterai de les faire, mais il y en d'autres – par exemple des injections d'insuline ou d'actrapid –, c'est plus problématique. Normalement, ce sont les anesthésistes qui doivent prescrire, mais, malheureusement c'est souvent qu'ils nous disent « Tu feras ça », « Tu injectes tant » par téléphone, pour ne pas se déplacer. Mais, moi, je sais très bien – de par mon expérience en diabète – que sur certaines insulines, on ne sait pas comment les patients peuvent réagir ; ils ne vont pas tous faire un coma hypoglycémique, mais bon, on ne sait pas. Je me dis que si ça n'a pas été prescrit, qu'on injecte, et qu'après il y a un couac, alors là. . .

Vous faites quoi dans ces cas-là ? Vous refusez ?

C'est compliqué (rire gêné). C'est malheureux, parce que c'est toujours pareil. . . Je me suis battue avec la surveillante pour essayer d'obtenir un protocole écrit. Et finalement, en guise de protocole, il y a juste un petit papier qui traîne vers l'appareil qui surveille les glycémies, un petit papier écrit de la main d'une personne quelconque « Pour tant de glycémie, il faut faire tant d'unités », sans signature, à moitié déchiré. Ca, le jour de l'accréditation, si ils voient ça, c'est pire qu'une catastrophe. Donc malheureusement, s'ils ne veulent pas se déplacer, on le fait quand même. Mais enfin, moi personnellement, dans ces cas-là je sais que je ne fais pas des doses énormes. Parfois, ils nous prescrivent des trucs énormes – ils nous disent « Vous faites 10 unités » – et ça, je sais très bien – ayant travaillé en diabète – que je ne le ferai jamais, parce que si jamais le patient réagit mal. . . là, ça peut être terrible.

Dans ces cas-là, vous ne faites pas ou vous faites moins ?

Je fais moins. C'est malheureux. Mais bon, on n'a pas toujours le choix : il y a des fois où il faut bien faire quelque chose, parce que si on ne fait rien, le patient monte sa glycémie. **On est coincé entre deux feux. Donc on fait. Mais dans ces cas-là, je note toujours dans les transmissions, pour me couvrir, que j'ai appelé à telle heure, qu'ils ne veulent pas se déplacer et que finalement j'ai fait ce qu'ils m'ont prescrit au téléphone. C'est malheureux.**

Tous les infirmiers réagissent comme vous ?

Non, pas tous. Il y en a certains qui réagissent comme moi, mais il y en a d'autres qui n'ont pas les mêmes craintes ; ils disent « Ils m'ont dit d'injecter tant d'unités, donc je fais ça ». Ca dépend de nos représentations par rapport aux différents soins.

Le cadre dit quelque chose sur ce point ?

Il dit « Oui, je vais faire faire un protocole » et on attend (rires). Ca fait deux ans que je demande et il n'y a rien. Il comprend ma demande, mais ça ne change rien. C'est pour ça que je vous disais que pour l'accréditation, ce n'était pas terrible, et comme il y a une tonne de petits détails comme celui-là, on peut avoir quelques craintes (rires). Je me dis que s'ils accréditent un établissement comme celui-là, ce serait vraiment trop laxiste de laisser faire des choses pareilles.

Propos d'assistants de gestion

Un mois avant la visite des experts, ça doit être une pression monstre, non ?

La pression monte, oui, mais je crois un peu moins quand même dans un énorme établissement comme celui-là que dans un petit. On a essayé de faire ce qu'on pouvait, de toutes façons. On a essayé de mettre en place un non recopiage des prescriptions, par exemple, parce qu'on sait qu'ils ont été assez tatillon sur les dossiers

patients et la confidentialité sur le site X où ils ont eu une réserve. **Donc on a essayé de mettre des choses en place. Mais bon, on n'est toujours pas bon. Bien sûr qu'on n'est pas bon. On a essayé d'en tenir compte, mais moi je suis sûre qu'on n'est pas bon...** Vous allez dans n'importe quel secrétariat, il y a des dossiers qui traînent. Quand vous prenez l'ascenseur avec un malade dans un lit, vous avez le dossier à plat dessus, vous savez qui c'est. C'est n'importe quoi. Vous avez des accueils où on vous demande qui vous êtes, quel âge vous avez, comment vous vous appelez, et ce que vous avez, et vous avez 10 personnes qui attendent derrière et qui entendent tout ce que vous dites, donc la confidentialité là-dedans...

La semaine de la visite, les dossiers seront peut-être bien rangés ?

J'espère, mais je suis sûre qu'on ne sera pas bon quand même... On n'a pas des locaux adéquats, on n'a pas d'endroits pour ranger, donc bon... C'est pas dramatique, mais bon... **Tenez, un exemple, un matin, je suis arrivée en bas, à l'accueil, il n'y avait personne, mais il y avait 3 dossiers – je ne sais pas si c'était à un médecin, je ne sais pas à qui c'était –, 3 dossiers médicaux qui étaient ouverts, il y avait des examens partout, c'était étalé sur la banque : n'importe qui pouvait s'approcher et lire ce qu'il y avait dans ces dossiers. Ca ne me regarde pas, mais normalement j'aurais pu pousser une gueulante en disant mais qu'est-ce que c'est cette histoire ? Mais les médecins ne se sentent pas concernés.**

Il y a des craintes que les experts voient ça ?

Oh ben, s'ils le voient, ils le verront et ça fera des réserves. Qu'ils le voient, oui, on a des craintes. Mais pourquoi, après tout, ferait-on semblant parce qu'ils arrivent ? **L'important, c'est qu'on ait amélioré des choses avant, organisé des choses avant, écrit des procédures avant, mis en place le non recopiage, écrit des protocoles. Tout ça, c'est l'important, oui, et que ça reste après, oui. Après, qu'on ait des dysfonctionnements, et qu'ils les pointent du doigt, tant mieux. Ca prouvera que les cadres ne s'évertuent pas à crier pour des choses qui n'en valent pas la peine.**

Ce sont les cadres qui portent surtout l'accréditation ?

Oh oui. Et eux, ils sont sous pression !

Propos de secrétaires

Avec la qualité, on a de plus en plus de documents à remettre aux patients ; il faut leur faire signer des fiches comme quoi ils ont été informés et tout cela pour se couvrir par rapport aux procès qu'ils pourraient tenter. Nous, personnellement, on n'a pas de risques puisqu'on travaille sous couvert du médecin. (...) On a aussi de plus en plus de gens qui demandent à voir leur dossier. Ils y ont accès mais on ne leur donne pas. On n'avait pas ces demandes, il y a 10 ans. Tout cela, c'est du progrès. Par exemple, l'anonymat des dossiers, c'est bien, même si c'est une charge. Je trouve cela normal de respecter l'anonymat. Par exemple, on fait attention de faire rentrer les gens un par un dans le bureau pour préserver la confidentialité. **Ce qui est dommage, c'est que notre salle d'attente pour les consultations sida ne permette pas de protéger les malades atteints du VIH de la curiosité des autres. Les gens qui sont dans la salle d'attente savent que tel médecin s'occupe du sida donc, parfois, certains patients nous disent ne pas vouloir venir tel jour, parce qu'il risquerait d'y avoir quelqu'un qu'ils connaissent dans la salle d'attente et qui apprendrait ainsi leur maladie. Ils ont peur que cela se sache. Ce serait bien qu'on ait une autre salle d'attente. Si on veut faire de la qualité, il faut qu'on en ait les moyens, non ?**

Propos d'aides-soignants

Les administratifs ne se rendent pas compte. On a pleuré tout l'hiver à l'administration pour avoir des personnels et c'était vraiment dur, franchement. Quand on les appelle, ils nous disent « Débrouillez-vous ». On est dans des mondes différents. Les administratifs, ils devraient venir passer quelques jours dans les services pour se rendre compte de la charge de travail. Ils disent « une infirmière pour tant de malades », c'est bien beau, mais ça, c'est sur les papiers. Ce n'est pas la quantité qu'il faut voir, c'est la qualité.

La qualité alors, c'est ... ?

La qualité, c'est s'occuper correctement des gens, avoir le temps de s'en occuper, ne pas se limiter à changer – vite fait – une perf et se sauver. C'est parler avec les gens ; ils ont besoin qu'on parle avec

eux ; ce sont des êtres humains. Quand on n'est pas nombreuses, on a beaucoup de mal à avoir cette relation et c'est dommage parce que ce sont des gens qui sont opérés, qui sont anxieux, qui ont besoin qu'on les rassure. Et ce n'est pas toujours évident. On n'a pas toujours le temps et c'est vrai que c'est bien dommage.

Propos de brancardiers

Il y a eu une démarche qualité, une accréditation, il y a eu des réserves ?

Il me semble oui, on n'a pas eu le

Vous savez sur quoi elles portaient ?

Ah non.

Il y en a une autre qui s'annonce ?

Oui, en fin d'année 2005, j'ai entendu parler de ça.

Vous avez été sollicité pour la première... qu'est-ce qu'on vous a demandé ?

Oui. On a été sollicité, mais ça a mal fini. On nous avait sollicités, mais ils ne nous ont pas interrogés.

Au départ, vous aviez été sollicité pour travailler dans des groupes ou pas, des groupes d'autoévaluation ?

Non, j'avais posé la question à la surveillante du bloc, qui ne l'était pas à l'époque, et ce n'était pas nécessaire.

Annexe 5 : Rapport intermédiaire (octobre 2004)

Introduction

L'axe de recherche ouvert par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Etablissements de Santé (ANAES) sur le thème de la « pérennisation et de la valorisation de la qualité », dans son libellé comme dans ses attendus, laisse entrevoir qu'au centre des préoccupations de l'Agence et de ses représentants figure la réflexion sur les facteurs susceptibles de permettre à la qualité d'être un engagement solide au sein des établissements, un changement pérenne qui soit, par ailleurs mis en valeur, valorisé. « Pérenniser », c'est rendre durable ; « valoriser », c'est donner de la valeur ou encore faire valoir.

Implicitement au moins, se soucier des facteurs qui pourraient conduire à l'un et l'autre de ces mouvements (auxquels correspondent ces deux verbes d'action), revient à **laisser entendre que la qualité, quant à elle, est une notion univoque et ayant atteint sa maturité et que, désormais, moins qu'à sa définition, c'est à son développement, à sa durabilité, à sa mise en scène et en lumière, qu'il conviendrait d'œuvrer.** De fait donc, dans le diptyque « pérennisation-valorisation / qualité », c'est le premier couple qui semble importer, le second terme, pour sa part, paraissant faire évidence. Comme toujours avec ce qui est donné comme évident, un certain nombre de malentendus potentiels peuvent toutefois être « charriés » et du coup fourvoyer l'analyse. En conséquence et avant même de pousser le propos plus avant, il nous faut tenter de revenir sur cette formulation de la « commande » telle qu'elle s'exprime dans l'appel à projets lancé par l'ANAES.

Un premier retour sur la commande nous conduit à rappeler que les conceptions de la qualité sont diverses et qu'elles ne sauraient se résumer à une définition claire et partagée. **Qu'est-ce que la qualité ? Un « état » à atteindre ou une capacité à s'améliorer ?** Un examen rapide du lourd travail engagé par les experts de l'ANAES pour établir des référentiels, références et critères servant d'étalon à l'évaluation des situations comme des pratiques hospitalières pourrait le laisser penser. Par exemple, et au hasard, si on examine la référence 53 du 2^{ème} référentiel (dans sa 1^{ère} version) mise au point par les spécialistes de l'Agence, et toute entière consacrée à la façon dont sont évaluées les pratiques professionnelles des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques, on constate que sont inventoriés différents critères (l'organisation des soins, les événements indésirables et sentinelles, l'utilisation des médicaments, l'utilisation des examens de laboratoires) qui, selon qu'ils soient ou non satisfaits, permettent la détermination d'un **certain niveau** de qualité (classé de A à D). Ici, c'est une conception de la qualité comme « état » idéal (sorte de conformation des pratiques à un ensemble de normes et procédures), qui est implicitement suggérée, ce qui n'est pas sans interroger, compte tenu du fait que l'Agence peut être conduite, par ailleurs, à définir la qualité tout autrement en la présentant, notamment, comme une « **démarche** » ou un « **processus** », par exemple en mobilisant le fameux modèle de la « roue de l'amélioration de la qualité » de W. Edwards Deming : *Plan* (planifier), *Do* (réaliser), *Check* (contrôler), *Act* (améliorer).

Un examen rapide de la notion de qualité laisse donc entrevoir que ce sont **au moins deux acceptions différentes de la qualité** qui surgissent des positions implicites et/ou explicites que véhiculent les différentes productions de l'ANAES. La qualité est à la fois un « **état** » et une « **démarche** »³². Du coup, avec cette simple distinction, la question de la pérennisation/valorisation se complexifie quasi automatiquement. Dans le premier cas, celui de la qualité/état, il faudrait tenter de voir tout d'abord, pour mesurer le degré de pérennisation de la démarche, en quoi les établissements ont atteint les exigences, les objectifs fixés par les référentiels ou bien encore l'écart qui, à un instant « t », les en sépare ; ensuite, il conviendrait de s'interroger sur la forme prise par la capitalisation des acquis et les conditions de leur sédimentation. Dans ce cas de figure, il s'agit de mesurer un « **stock** » de changements acquis. Dans le second cas, celui de la qualité/démarche, c'est à l'identification des ingrédients d'un « **flux** », d'une dynamique,

³² La qualité entendue comme un « état » atteint (ou à atteindre) nous semble être justement ce que les visiteurs de l'ANAES tentent d'apprécier et que le rapport d'évaluation finit par traduire. À l'inverse, « la qualité » comprise comme une dynamique, des impulsions, des potentialités d'action... nous semble appréhendée de façon beaucoup plus aléatoire, les experts de l'ANAES ne nous paraissant pas dotés d'instruments partagés pour apprécier cette dimension spécifique.

d'une mobilisation, des éléments d'un processus et surtout des déterminants possibles de son animation, qu'il faudrait travailler. Ainsi, selon que l'on appréhende la qualité comme un état ou une dynamique, il convient de l'apprécier en stocks ou en flux et, selon le type de regard retenu, la question de la pérennisation-valorisation s'aborde de façon très différente. Soit l'attention se porte sur ce qui est acquis, capitalisé et peut alors fructifier (mis en valeur), soit la priorité est accordée à ce qui bouge, ce qui fléchit, s'infléchit. Bien sûr, les deux approches ne sont pas antinomiques, elles peuvent se succéder, mais selon le vieux principe d'incertitude d'Heisenberg (selon lequel on ne saisit pas simultanément la position d'un électron et sa vitesse), il n'est guère envisageable de les conduire en même temps ou de confondre les deux dimensions.

Cette façon de « réfléchir » la question contenue par l'appel d'offre de l'ANAES débouche, selon nous, sur la nécessité – en tous cas la possibilité – de reformuler le questionnement initial. **L'objectif qualité peut être compris comme un changement organisationnel qui relève tout à la fois d'une question d'« état » à atteindre et de processus à créer.** Comme le suggèrent nombre de travaux portant sur les changements dans les organisations, c'est souvent de la nature de l'entre-définition entre ces deux dimensions, état-processus, que dépend l'avènement dudit changement. Aussi l'analyse de la « pérennisation/valorisation de la qualité » nécessiterait-elle d'observer comment les états atteints de qualité et les dynamiques de qualité se nourrissent mutuellement parvenant à transformer les pratiques organisationnelles avec le soutien du plus grand nombre, au point d'irréversibiliser les transformations obtenues. Formulé encore autrement, s'interroger sur les conditions de pérennisation/valorisation de la qualité revient donc à entrer de plain-pied dans le vaste sujet de l'analyse du changement organisationnel : quelles en sont ses formes, ses conditions de possibilité, les moyens de le contrôler, de l'infléchir et d'organiser son enracinement ?

Appréhendée de la sorte, cette problématique de la pérennisation/valorisation de la qualité ouvre directement sur le corpus théorique des sciences organisationnelles et en particulier sur celui de la sociologie du changement dans les organisations. En conséquence, et dans une perspective strictement universitaire, il nous faudrait ouvrir le présent document par un état des connaissances sur le sujet, faisant l'hypothèse que la présentation des nombreuses théorisations sociologiques produites sur le thème du changement organisationnel est incontournable et que son rappel constitue déjà, en soi, une plus-value cognitive. Le changement dans les organisations, est-il toujours le fruit d'une rationalisation technico-bureaucratique plus ou moins décrétée, la conséquence de suggestions psychosociologiques portant sur la motivation, la participation, l'enrichissement des tâches, le résultat de constructions socio-techniques ou stratégiques, le produit d'un environnement culturel, ... ? Nous ne retenons pas cette orientation didactique comme axe de ce document intermédiaire. L'inventaire « savant » des théories existantes sur le sujet ne nous paraît pas s'imposer ici.

Par contre, l'exposé de nos propres « préférences » théoriques nous semble incontournable. En effet, les parti-pris qui sont les nôtres (paradigmatiques, théoriques, méthodologiques, sémantiques...), dans la mesure où ils infléchissent le regard que nous allons porter sur les terrains investis, sur les interprétations que nous allons proposer des matériaux collectés, nous paraissent devoir être exposés. En d'autres termes, l'affichage de nos inclinations³³ introduit une possibilité d'objectivation de notre démarche.

Notre première inclination nous porte à **préférer les modèles théoriques qui permettent de visibiliser les interactions, les micro-relations**, ces petits riens qui, dans leur secondarité, finissent par constituer l'essentiel de la trame des situations. Aux logiques qui cherchent à dégager des « facteurs » et des « outils » qui assureraient mécaniquement la réussite d'un changement, aux théories qui entendent retrouver les lignes bien tracées de quelques invariants et autres déterminations en dernière instance, aux visions managériales éclairantes qui valorisent telles ou telles techniques de gestion des ressources humaines supposées posséder quelques vertus intrinsèques, aux approches

³³ Pour Gilles Deleuze (1988), commentant Leibniz, l'inclination se distingue de l'inclinaison. Là où cette dernière désigne une position prise, un pli qui se forme et qui se traduit par une décision d'agir, l'inclination reste une simple tendance à..., une propension. Aux "foumillements de l'âme" qui installent en chacun l'indécision, tant les tiraillements et les hésitations sont nombreux, l'inclination opère un tri qui prépare la décision, laquelle est inclinaison : un pli. En d'autres termes, nos options théoriques ne plient pas la question en y répondant par avance, elles constituent seulement un premier tri.

culturelles instrumentales qui laissent entendre qu'on crée de la culture organisationnelle comme on fait pousser les cultures maraîchères, nous préférons les interprétations qui laissent subsister le clair-obscur, les tensions, le mêlé, l'entrelacs. À la rectitude, nous préférons le sinueux, au frontal le latéral, à l'accent mis sur les frontières qui séparent, distinguent, nous substituons le goût pour les circulations, les déplacements. Depuis une telle perspective, l'idée que l'aléatoire puisse disparaître de la conduite des processus de changements organisationnels grâce à la mise en œuvre de règles et de procédures clarifiant l'état des pratiques, nous apparaît comme un délire managérial, une dérive mégalomane de l'imaginaire des managers souhaitant une maîtrise totale des situations, une sorte de « managinaire » (Nicole Aubert, Vincent de Gaulejac, 1990) dont il convient de se garder de quelques-uns de ses accents qui, à force de marquer leur goût pour une vision totale et maîtrisée des situations, finissent par flirter avec des côtés totalitaires.

Une seconde inclination, en grande partie liée à la première, est d'**adopter le « parti-pris des acteurs »**, convaincus que ce sont eux qui détiennent les principales clés de compréhension des dynamiques de la qualité. Nous rangeant du côté des travaux conduits par les sociologues sur le sujet, nous partons d'ailleurs de l'idée que la qualité peut s'assimiler à un processus continu d'ajustements entre les différentes « définitions indigènes » qui en sont données. De cette négociation entre conceptions diverses, surgit une dynamique de construction d'un « commun provisoire ». En appui sur une telle conception, la procédure d'accréditation, que nous allons croiser tout au long de cette recherche, nous apparaît comme un moment important de cette négociation entre professionnels, comme une étape de cet ajustement entre « indigènes ». C'est un parti-pris qui nous conduit à privilégier des méthodologies qualitatives (par entretien et observation) et ouvertes à la confrontation des points de vue (sociologie d'intervention).

Ce choix méthodologique nous a déjà permis de retrouver et d'éclairer sous un jour nouveau des résultats obtenus par d'autres chercheurs dans l'hôpital (Etienne Minvielle, 1999 ; Patrice François, 2001 ; Magali Robelet, 2002 ; Marie-Pascale Pomey, 2002 ; Jean-Pierre Claveranne et alii, 2003), mais aussi dans d'autres organisations productives (Estelle Bonnet, 1994 ; Franck Cochoy, Gilbert de Terssac, 1998, 1999), ce qui prouve qu'au-delà de ses singularités, **l'hôpital reste une « organisation classique »**. Ce qui laisse aussi penser que **l'avenir – et par là les formes de pérennisation et de valorisation – de la qualité à l'hôpital pourrait ressembler de fort près à l'avenir de la qualité dans le secteur industriel**, sur lequel on dispose aujourd'hui, grâce à un plus grand recul, de données croissantes.

Il reste que l'hôpital, si l'on se réfère à notre expérience d'intervention dans ce milieu depuis une quinzaine d'années, est aussi confronté à des dynamiques singulières. Si l'on dresse une sorte de « diagnostic organisationnel global » de cette institution – **en guise de contextualisation de notre objet de recherche** –, l'hôpital (public comme privé) apparaît aujourd'hui fortement déstabilisé par un processus, qui a tendance à brouiller les ordres de grandeur de chacun et de chaque chose. **Institution où, longtemps, tout semblait parfaitement ordonné, l'hôpital est pris, depuis quelques décennies, dans un tourbillon duquel surgissent nombre d'incertitudes**. Jusque-là, tout en haut de l'édifice symbolique hospitalier, on trouvait le médecin, pétri de science, tenant entre ses mains la guérison du malade. À ses côtés, un personnel soignant dévoué, voire dévot. La figure de l'infirmière religieuse, faisant don de soi par charité chrétienne pour venir en aide aux indigents frappés par la maladie, a longtemps été une sorte d'archétype de l'engagement infirmier. Tout au bout de la chaîne du soin, on rencontrait le malade. Il était attendu de lui qu'il se comporte en toute docilité, se conforme aux prescriptions, sache tenir sa place et respecter l'agencement général des lieux. À ce tableau, évidemment raccourci, on pourrait adjoindre un monde d'objets plus ou moins modernes allant du simple stéthoscope aux systèmes d'imagerie et de radiographies les plus perfectionnés, instruments baignant le contexte hospitalier dans une technicité inquiétante de froideur mais rassurante quant à ses potentialités de performance. Quoiqu'on pense de lui, cet agencement a longtemps présenté une relative stabilité dans la mesure où chacun s'accordait à reconnaître ce qu'étaient sa position et celle d'autrui dans un tel univers. Ainsi, l'ordonnement des choses et des gens étant sans discussion possible, l'édifice pouvait tenir.

Dès lors qu'ont été mis en question les systèmes d'attentes réciproques, la grandeur des objets, la symbolique ambiante, c'est l'organisation en son entier qui s'est craquelée. Lorsque le personnel infirmier se met à contester la place qui lui est faite et prend à son compte le slogan « ni bonne, ni conne, ni nonne », quand une direction administrative n'entend pas se laisser conter par le corps médical ses choix de gestion, quand les malades se mettent à

en savoir parfois autant que les médecins et les soignants sur leur maladie et les traitements qui leur sont proposés, quand les familles sont susceptibles de recourir à la justice pour demander réparation au prétexte de tel ou tel manquement ou erreur professionnels, ... c'est tout l'univers hospitalier qui est bousculé. Ce « programme institutionnel » (François Dubet, 2002), intégré et activé par l'ensemble des protagonistes de l'hôpital depuis fort longtemps, permettait l'existence d'un système largement régulé. Tout n'était évidemment pas parfait dans le meilleur des mondes possibles, mais au moins chacun reconnaissait sa place et son rang ainsi que ceux dévolus à l'autre.

En tendance, et en tendance seulement, cette configuration autrefois stabilisée est aujourd'hui largement brouillée. Pour simplifier, on pourrait suggérer que, depuis longtemps, la médecine et les médecins s'étaient retrouvés au centre de la construction institutionnelle de l'hôpital. Désormais, il n'y a plus de centre ou, plus exactement, une dispute continue oppose les différents acteurs de l'hôpital sur la notion de centralité et sur le fait qu'elle puisse être rétrocédée à tel ou tel. Derrière le discours, (presque) unanime et très fétichiste, décliné sur le mode du slogan « le malade au centre ! » (discours que chacun s'emploie à utiliser fut-ce en développant des pratiques professionnelles radicalement différentes les unes des autres, estimant toujours que seules ses façons de faire placent réellement le malade au centre), émergent continuellement rivalités et autres conflits dont les enjeux ne sont pas sans rapport avec cette quête de centralité. Longtemps réservées aux médecins (tant au plan symbolique que scientifique ou bureaucratique), les positions de pouvoir sont désormais beaucoup plus aléatoires. **Selon les lieux et leurs singularités, le rapport de force se déplace au sein du « quadrilatère des pouvoirs potentiels » : celui du médical, de l'administratif, du soignant, du patient.**

L'une des conséquences de cette situation réside dans le fait que **chaque catégorie (voire sous-catégorie) a tendance, pour se rassurer et se donner de nouveaux points de repère, à s'arc-bouter plus que jamais sur son (sous)groupe, son (sous)territoire**, tenant à marquer ses espaces propres (pratiques professionnelles, constitution d'équipes, investissements dans des outils et des procédures, ...), considérés comme autant de prérogatives exclusives. C'est sur ce fond (tout du moins la conception que nous en avons) d'une organisation « bureaucratique-professionnelle » (telle que décrite par Henry Mintzberg (1982) qui tenait, avec cette notion, à insister sur les clivages entre catégories et sur le poids spécifique de la communauté médicale), désormais marquée par le déclin de son « programme institutionnel », que se développent les démarches qualité que nous avons observées. **Elles ne peuvent pas ne pas être affectées par le bouleversement qui est à l'œuvre et que nous ne pouvons pas ne pas rappeler en guise de contextualisation de notre étude.**

Le présent rapport intermédiaire sera construit en trois temps.

Tout d'abord, nous allons décrire les grandes lignes de notre **méthodologie**. Nous avons retenu d'explorer qualitativement une série limitée de lieux ; pour autant, nous ne renonçons pas à l'idée qu'ils puissent être très significatifs et représentatifs (mais pas au sens statistique du terme) de ce qui se passe de façon générale au sein des établissements de soin.

Dans un second temps, partant des **visions « indigènes » de la qualité**, c'est-à-dire telles que nous les ont données à voir nos interlocuteurs, nous construirons une esquisse de ce que peut être le processus de mobilisation autour de la qualité : ni adhésion parfaite, ni croyance religieuse, mais plutôt **mise en tension de différentes exigences normatives chez les professionnels de santé**, notamment l'exigence de procédures et l'exigence de coopération.

Enfin, **dans une troisième partie**, nous commencerons à esquisser en quoi un certain nombre de facteurs supposés dynamiseurs de la qualité, parmi lesquels la démarche d'accréditation, peuvent ne pas toujours nourrir cette tension et ainsi perturber la pérennisation et la valorisation de la qualité, tout au moins sous certaines de ses dimensions. Nous verrons aussi que d'autres initiatives, pourtant supposées à la marge voire en dehors des démarches-qualité, peuvent quant à elles être dynamisantes. Nous aborderons ainsi de façon **apophatique** (en creux) la question de la pérennisation/valorisation.

1. Méthodologie

On rappellera d'abord dans un encadré la méthodologie telle qu'elle avait été prévue dans la réponse à l'appel d'offres, avant de préciser le mode de construction et l'état d'avancement de l'enquête, puis les pistes que nous nous proposons de suivre dans la 2nde phase, pistes qu'il est évidemment envisageable d'infléchir après la discussion de ce rapport intermédiaire.

Extraits de la réponse à l'appel d'offres sur la question méthodologique

Echantillon et comparaison

Il va de soi que le travail que nous proposons se veut d'abord **qualitatif**. Il ne sera donc pas question pour nous de prétendre couvrir la totalité des 150 établissements ayant déjà conclu leurs procédures d'accréditation, encore moins tous les établissements engagés dans des procédures qualité. Plus simplement, **nous souhaitons retenir trois ou quatre établissements de natures différentes** et dont la liste pourrait être arrêtée après discussion avec les représentants de l'ANAES, de quelques ARH et/ou de la Direction des Hôpitaux. **Ces structures devraient être retenues selon les critères suivants : Etablissements publics ou privés, relevant d'un CHU ou pas, de taille différente (importante ou petite), ayant une "image" de réussite, de difficultés, voire d'échec dans leurs démarches qualité.**

Pour des raisons de commodité et de coût, la recherche pourrait être conduite **en priorité en Ile-de-France et en Rhône-Alpes. Si besoin était, une région plus rurale pourrait se substituer à l'une des deux zones géographiques précitées**. Ainsi, pour exemple, un gros hôpital de l'APHP pourrait être retenu ainsi qu'un petit établissement privé de la région parisienne. Un hôpital public de proximité de "province" et une grosse structure privée de Rhône-Alpes pourraient également compléter l'échantillon.

Ces quatre situations donneraient lieu à un premier type d'observations (1^{ère} phase) portant exclusivement sur les données formelles : documents concernant les changements introduits, compte-rendus de réunion, comparaison de données chiffrées... Ces informations permettraient de préparer la mise en place des collectifs dans chacun des établissements. (...)

Le premier objectif des collectifs consisterait donc à arrêter selon les établissements une liste de repères permettant de localiser les lieux, les espaces, les niveaux censés définir le changement, ainsi qu'une liste de facteurs réels et potentiels censés pouvoir assurer la pérennisation et la valorisation du changement qualité. (...)

La phase qui conduira à une définition par les acteurs eux-mêmes des critères de changement et des facteurs réels et potentiels de sa pérennisation/valorisation devrait nous conduire à confronter les productions des différents groupes... L'objectif est évidemment d'enrichir la réflexion de chaque groupe mais aussi de créer des controverses qui elles-mêmes pourraient optimiser l'analyse globale (2nde phase).

Cette phase achevée, **un travail d'investigation (entretiens individuels et/ou collectifs) sur les lieux qui auront été désignés comme devant faire l'objet d'une observation sera engagé**. Au cours de cette étape, les chercheurs rencontreront les acteurs désignés par les collectifs, ils observeront leurs pratiques, les solliciteront sur leur conception des démarches qualités entreprises, sur les procédures d'accréditation mises en œuvre, sur les facteurs de résistance et/ou de blocage à la continuité du changement, sur les difficultés rencontrées et les perspectives envisagées pour la valorisation des changements engagés. **Ce travail donnera lieu à des synthèses par établissement**. Elles seront discutées tout d'abord par les collectifs de chacun d'eux. Puis les résultats obtenus dans chaque groupe seront confrontés à ceux des autres collectifs. Au terme des allers et retours, **une synthèse générale sera produite** et soumise à l'ensemble des participants (3^{ème} phase). L'analyse de cette restitution et des retours provoqués donnera lieu à un rendu définitif résumant les éléments de réponse à la question posée par l'ANAES (**rapport définitif**) : celle des facteurs de pérennisation et de valorisation de la qualité.

1.1. Le repérage des établissements

Pour établir la liste des établissements qu'il serait intéressant d'étudier, notre première initiative a consisté à contacter des représentants de l'ANAES, de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et des Hospices Civils de Lyon – deux structures importantes dans l'encadrement des établissements hospitaliers des régions Ile-de-France et Rhône-Alpes –. De ces premiers contacts (deux réunions, trois entretiens), sont ressortis quelques points d'accord chez nos différents interlocuteurs :

- **L'idée que les types d'établissements influent beaucoup** – et sans aucun doute possible – **sur les dynamiques de qualité et/ou d'accréditation** : nos interlocuteurs nous appelaient par là-même à une extrême vigilance quant à la constitution de notre « échantillon »³⁴. Les critères jugés intuitivement les plus discriminants

³⁴ Etant donné le nombre réduit d'établissements étudiés – même s'il est plus important que prévu initialement – et l'impossibilité de prendre en compte toute la variété des établissements hospitaliers, nous préférons quant à nous ne pas parler d'« échantillon » mais plutôt d'ensemble ou de

étaient le statut (public / privé), la taille (les petits, les moyens – autour de 200 lits – et les gros), l'activité (polyvalent / monovalent) des établissements.

- **La volonté première et affichée de ne pas influencer sur le choix des établissements**, tout au moins de ne pas donner des noms d'établissements, pour ne pas laisser paraître qu'il y aurait un classement ni explicite et officiel, ni même implicite ou officieux, des établissements accrédités.

- Cette résistance première étant affichée, les personnes rencontrées, (ré)invitées à nous donner – malgré leurs réticences – des pistes de terrain, se sont référées à des noms récurrents : l'hôpital Saint-Louis à Paris, l'hôpital de Rouffach, le Centre Léon Bérard à Lyon, la clinique Pasteur à Toulouse, la clinique Champeau à Béziers, la polyclinique de la Louvière à Lille, ... **Un palmarès implicite et/ou intuitif des établissements existe bel et bien, même s'il est tu.**

« *Quelles sont les établissements qui apparaissent comme les plus avancés dans la démarche, comme ceux qui ont le mieux réussi ?* »

- Je ne saurais pas vous dire.

- *Il n'y a pas des « figures mythiques » à l'APHP, à l'ANAES ou au sein des experts évaluateurs ?*

- Vous savez, on ne se parle pas, entre experts. Et on ne va jamais à l'ANAES : y a pas de communication. Bon, c'est vrai, qu'il y a des noms qui reviennent. Par exemple, l'hôpital Saint Louis, accrédité sans réserve, sans recommandation. Il était dirigé par Patrick Lambert, maintenant secrétaire général de l'ANAES, et il est maintenant dirigé par Jean-Patrick Lajonchère qui était avant à l'hôpital Louis Mounier et qui est connu pour son travail de réflexion important sur la qualité. Saint-Louis, c'est une figure. Il faut dire que c'est un peu exceptionnel qu'un hôpital de cette taille puisse être accrédité sans réserve, sans recommandation. De cette taille-là, c'est rare. Cela dit, à l'intérieur, les acteurs ne sentent pas nécessairement ce mouvement ; il y a souvent un décalage entre la qualité perçue via les référentiels et la qualité perçue par les acteurs. Quelle est effectivement la perception de la qualité – je dis bien « la qualité » et pas « l'accréditation » – des personnels de Saint-Louis ? Ca vaudrait sans doute le coup que vous alliez y voir. Vous pourriez aussi aller voir la clinique Champeau à Béziers : ça pourrait être intéressant. Elle a eu un prix qualité – en 1997, je crois – délivré par le Mouvement Français pour la Qualité. C'est un petit établissement avec une centaine de lits. On peut se demander si son directeur a su faire pérenniser son projet. »

Entretien avec un membre de l'APHP

- Hormis ces établissements « réputés d'excellence » parce qu'ils ont été couronnés par des prix ou des accréditations « sans réserve ni recommandation », nos interlocuteurs avaient généralement beaucoup de mal à nous indiquer quels pourraient être des établissements qu'il serait intéressant d'étudier pour leurs « cultures », « projets », « expériences-qualité ». Cette **faible connaissance d'expériences-qualité locales concrètes** (hors celles qui font l'objet d'une labellisation) s'explique sans doute par un éloignement de nos premiers interlocuteurs au « terrain local », mais peut-être aussi par le fait qu'il est – quelle que soit sa place dans le champ hospitalier – difficile de tracer les contours d'une expérience-qualité autres que celles qui s'inscrivent explicitement dans des démarches d'évaluation et de certification. S'instille ainsi l'idée que si certaines formes de qualité se voient – en partie parce qu'elles sont pensées pour être vues –, d'autres ne se voient peut-être pas, car elles ne dépassent pas par exemple le cadre d'un service.

Finalement, au regard de ces différents points de convergence dans les discours de nos interlocuteurs, on perçoit bien que **nos premières rencontres ne nous permettaient pas de sélectionner a priori des établissements intéressants à étudier**, à moins d'accepter de se limiter à étudier des établissements réputés d'« excellence de la qualité ». Ce qui ressortait néanmoins de ces rencontres, c'est que la question ne pouvait être traitée de façon générale, indépendamment de l'étude précise et locale de ce que pouvait recouvrir précisément la « qualité » (même, et peut-être surtout, lorsqu'elle n'est pas labellisée), ses expériences, ses projets, dans chaque établissement : bref, il n'y avait pas d'autres moyens que d'aller voir « sur le terrain » pour sélectionner – « sur place » et non dans la stratosphère des instances hospitalières – nos établissements d'étude.

Outre ce premier enseignement cognitif, ces premières rencontres nous ont donné la possibilité de nouer des contacts avec des représentants locaux des établissements, notamment des chefs d'établissement et des responsables qualité. Ce fut notamment le cas lors de la réunion organisée par les HCL où nous avons pu rencontrer la grande majorité des directeurs et des responsables qualité des différents établissements de la structure. Il en est ressorti que s'il n'y avait aucune raison *a priori* d'exclure certains établissements de l'étude, **certaines structures étaient concrètement plus**

population d'établissements. Le terme d'« échantillon » nous semble devoir être réservé aux méthodes misant sur une représentativité de type statistique.

ouvertes que d'autres – et par là mieux disposées à notre égard – à la perspective d'une interrogation sur les facteurs de pérennisation et de valorisation de la qualité. Des structures qui semblaient se caractériser moins par des facteurs « exogènes » (taille, type, spécialité, ...) que par leur état d'avancement dans la démarche d'accréditation.

S'installait ainsi l'hypothèse de travail – qui relève pour une grande part de l'évidence – que ce qui serait observé (notamment ce que diraient les acteurs de la pérennisation et de la valorisation possibles des démarches-qualité) dépendrait sans doute – et peut-être beaucoup voire principalement – du degré d'avancement dans les procédures d'accréditation : avant la visite V1, après la visite V1 et en attente du rapport d'accréditation, après le rapport, en test de la V2. Non pas que le degré d'avancement dans les procédures serait, en lui-même et nécessairement, un gage de réussite dans la démarche de pérennisation et de valorisation de certaines formes de qualité (encore que cette hypothèse ne soit pas à exclure : les premiers engagés dans l'accréditation seraient peut-être les mieux à même de penser à la pérennisation et la valorisation de la qualité, au moins la « qualité-accréditation », du fait que la précocité de leur engagement pourrait en partie être liée à leur investissement effectif dans des actions de « qualité »). Mais plutôt parce que **les questions de la pérennisation et de la valorisation ne se posent aux acteurs locaux qu'à un certain degré d'avancement dans l'accréditation** (selon l'évidence qu'avant de penser à pérenniser et valoriser, il faut qu'il y ait quelque chose à pérenniser et valoriser !).

1.2. Un premier choix d'établissements

Le premier choix majeur, que nous avons ainsi décidé d'opérer, a été de commencer par **sélectionner deux établissements parmi les plus « avancés »**, en l'occurrence dans la période qui nous concerne, deux établissements engagés dans la phase de test du référentiel de la seconde vague d'accréditation, la fameuse « V2 ». Ces établissements, choisis par nous pour leur état d'avancement dans les phases d'accréditation, avaient aussi tous des critères d'excellence établis – implicitement ou explicitement – par nos interlocuteurs : ils étaient réputés pour s'être engagés précocement dans les démarches qualité (avant la démarche d'accréditation), ils avaient été parmi les premiers accrédités de la V1, qui plus est « sans réserve ni recommandation » ; ils avaient répondu à l'« invitation » de tester la V2, soit qu'une telle invitation ne se refuse pas à une instance vécue comme une instance d'inspection, soit que leur avancement dans les démarches qualité leur semblait une garantie de succès (ils étaient confiants sur leur capacité à réussir ce test aussi bien que la V1), soit que donner des gages de sa bonne volonté permettait d'espérer une certaine clémence des experts dans la future « vraie V2 ». Autant d'arguments qui nous ont été exposés, tantôt séparément, tantôt conjointement, par nos interlocuteurs quand ils expliquaient les raisons de leur engagement dans ce test de la V2.

La logique de notre premier choix, allant dans le sens des réputations établies par les représentants de l'ANAES et/ou de l'APHP, devait d'abord nous permettre – nous l'avons dit – d'étudier des établissements où les démarches qualité (entre autres, celles de l'accréditation) étaient suffisamment anciennes pour pouvoir en évaluer la pérennisation et la valorisation ; bref, d'**aller là où la question de la pérennisation de la qualité était censée avoir un sens** : comment s'étaient ou non pérennisées, sinon la qualité, tout au moins les formes de mobilisation de la V1, dans des établissements maintenant engagés dans la V2 ? Ce choix devait aussi nous permettre de **satisfaire notre curiosité et celle de nos commanditaires** : qu'était-ce donc que la « qualité » dans ces établissements labellisés ou réputés comme représentants d'excellence de la qualité ? Enfin, il nous permettait de nous **ouvrir un terrain d'observation particulièrement riche** : suivre les groupes d'autoévaluation, les réunions des groupes, la préparation de la visite, la visite des experts de l'ANAES et la restitution de leur visite, éventuellement le fameux « effet soufflé » post-visite. Bref, d'observer en actes toutes les formes de mobilisation, éventuellement de démobilité, que peut provoquer le processus d'accréditation.

C'est ce travail d'observation, tel que présenté dans les phases 2 et 3 de notre projet (cf. supra) que nous avons mené dans ces deux établissements :

- Prise de contact et/ou rencontre avec les chefs d'établissements et les responsables qualité ; négociation et fixation des modalités de notre présence et de nos interventions dans les établissements ;
- Participation en tant qu'observateurs à des réunions de préparation au test de la V2 : groupes d'autoévaluation réunis sur des références ou des spécialités d'intervention précises, réunions de synthèse des réflexions des groupes d'autoévaluation, réunions de préparation de la visite.
- Négociation puis conduite d'entretiens individualisés auprès de quelques participants à ces réunions, « choisis » pour leurs approches de la « qualité » ou encore leurs visions des enjeux de pérennisation et de la valorisation de la qualité.

- Observation de la séance de restitution de la visite test de la V2, à défaut d'avoir pu assister à d'autres moments de la visite. Négociation puis conduite d'entretiens individualisés avec des experts de l'ANAES.

Quelques précisions sont nécessaires pour qualifier notre démarche dans ces établissements.

Notre présence dans les réunions a d'abord été principalement « **observatrice** » – du fait de notre découverte de ce nouveau terrain (les démarches d'accréditation à l'hôpital, leurs référentiels) dont le vocabulaire nécessite une acclimatation certaine ! – mais elle s'accompagnait évidemment chaque fois d'une présentation, auprès des différents nouveaux interlocuteurs, de notre enquête, et éventuellement de quelques échanges sur les finalités et les modalités de cette enquête. Au fur et à mesure de l'avancée dans l'enquête, notre présence devenait de plus en plus « **participante** », nos interlocuteurs nous demandant notamment notre avis « décalé » et extérieur sur leurs réflexions ainsi que des éléments de comparaison sur ce qui se passait dans les autres établissements.

Les principaux questionnements auxquels nous avons eu à répondre sur les finalités de notre enquête touchaient à **notre liberté d'action et de pensée vis-à-vis du commanditaire de l'étude** : l'ANAES. Il est certain que certains de nos interlocuteurs se sont sentis obligés de nous ouvrir leur porte et celle de leur établissement du fait de ce parrainage : l'accès à des chercheurs « (re)commandés » par l'ANAES ne se refuse peut-être pas. Il est certain aussi que ce parrainage, s'il ouvrait des portes, suscitait aussi beaucoup de craintes, tout au moins de retenues, dans les discours qui nous étaient tenus : quel était le lien entre cette étude et le test de la V2 ? Etions-nous des experts-visiteurs ? Quel serait le degré d'anonymat et de confidentialité de notre étude ? Pourquoi les avons-nous choisis, eux et pas d'autres ? Sur quels critères et sur quels conseils s'était fait ce choix ? etc. Ces questions, loin d'être spécifiques au terrain hospitalier, sont récurrentes dans n'importe quelle enquête sociologique. Nos réponses, là encore loin d'être spécifiques, tâchaient de rassurer, gagner la confiance, en insistant sur nos statuts universitaires, sur notre déontologie de sociologues, sur la « scientificité » de nos enquêtes passées, etc. Ne nous leurrons évidemment pas sur la force de conviction de nos arguments : si certaines réticences ou retenues se sont progressivement effacées, notamment avec le temps passé auprès de nos interlocuteurs, il est évident que les discours ne se sont jamais totalement « libérés » (si tant est que cela soit possible).

Ce que d'aucuns considéreraient comme un inconvénient de la démarche sociologique – ne pas pouvoir accéder à ce que pensent *vraiment* les acteurs parce qu'ils seraient en permanence en train de contrôler ce qu'ils disent –, nous le considérons au contraire comme l'une de ses forces : **il s'agit ainsi pour nous d'interpréter les discours (en réunion, en aparté, en entretien, ...) mais aussi les façons de faire comme autant de jeux d'acteurs – au double sens d'actifs et de comédiens**. Cette perspective nous rapproche ici du courant dit « interactionniste symbolique » en sociologie, pour lequel les pratiques et les discours sont avant tout des mises en scène, des façades et des présentations de soi (Erving Goffman, 1953), des masques et des miroirs (Anselm Strauss, 1959, 1992). Sans entrer dans le cœur de cette sociologie, il paraît intéressant d'étudier les différentes mises en scène des acteurs sociaux en fonction des situations rencontrées : la comparaison des discours tenus en public (en réunion, en commission) et en privé, dans le cadre d'un entretien individuel est ainsi très révélatrice des différentes présentations possibles de ses propres pratiques et conceptions ; la comparaison des discours tenus en public en fonction des publics en présence est aussi très instructive. C'est de cette comparaison que l'on peut espérer dégager progressivement les « vraies » perceptions des acteurs, tout au moins des perceptions partiellement mises à nu. Il ne s'agit pas de penser pouvoir finalement percer tous les secrets des modes de présentation de soi (un discours tenu en entretien avec un sociologue est d'ailleurs empreint de nombreuses façades, mobilisées tant par le professionnel, que par le sociologue lui-même), que de repérer derrière la diversité des situations et des modes de présentation ce qui fait « sens » pour les acteurs, ce qui peut se dire et ce qui ne peut pas se dire, quand et pourquoi. C'est cette perspective que nous essaierons de développer en traçant les contours des « visions indigènes » de la qualité (cf. Partie 2).

Au rang des situations de mise en scène et de présentation de soi qui nous semblaient particulièrement intéressantes à étudier, nous avons placé **la visite des experts**. Les craintes – parfois quasi-angoisses – manifestées par nos interlocuteurs à l'idée et à l'approche de la visite, les façons (sur lesquelles nous reviendrons) de préparer cette visite pour faire « bonne figure » nous donnaient le sentiment que c'était en effet un moment crucial dans la dynamique de l'accréditation certes, mais aussi peut-être dans les conditions futures de ses possibles pérennisation et valorisation : en d'autres termes, **il se jouait peut-être au moment de la visite, des éléments influençant fortement le devenir de l'accréditation et plus largement de la qualité** (une hypothèse que nous tendrons à confirmer par la suite). C'était d'ailleurs un sentiment que partageaient nos interlocuteurs locaux qui, au regard de ce qui s'était passé lors de la visite V1, nous avaient conseillé de suivre la visite test V2 et nous avaient donné pour cela leur autorisation formelle, si tant

est que nous obtenions aussi celle de l'ANAES. Malheureusement, nos interlocuteurs à l'ANAES n'ont pas partagé notre sentiment, comme le prouve cet échange de mails à la suite de notre demande d'autorisation à suivre la visite.

L'ANAES :

« S'agissant de votre observation lors de la V2 dans les établissements expérimentateurs, j'accepte bien volontiers votre présence lors de la séance de restitution dans les établissements suivants : X et Y. Il n'est par contre pas possible de vous autoriser à entrer plus avant dans le déroulement de ces visites qui ne peuvent rester qu'"intimes" compte tenu de leur caractère expérimental. Rien ni personne en effet, ne doivent troubler les échanges entre les experts visiteurs et les professionnels des établissements visités et je suis sûr que vous me comprendrez. »

Nous :

« (...) Nous comprenons très bien l'impossibilité de suivre plus avant les autres étapes de la visite, même si vous l'imaginez bien, notre curiosité sociologique et là encore, les propos de nos interlocuteurs nous en avaient donné l'envie...

Permettez-nous néanmoins une ultime demande liée à notre curiosité : n'est-il vraiment pas possible d'assister aux tout premiers moments (la première heure) de rencontre de la première journée, avant que les experts ne commencent leurs investigations proprement dites ?

Cela serait très utile pour comparer les "états d'effervescence" au début et en fin de visite. Nous saurions évidemment nous éclipser et passer sur notre curiosité (enfin, direz-vous ?), dès que les experts et les professionnels aborderaient le cours de la visite.(...)»

L'ANAES :

« Désolé pour votre regard de sociologue mais les premiers instants sont aussi très importants pour la concentration des experts et même s'ils sont aguerris je ne voudrais pas leur faire subir une quelconque pression supplémentaire. »

Ne pas troubler les échanges entre experts-visiteurs et professionnels visités, ne pas troubler la concentration des experts dans les premiers instants de la visite, voilà ce que nous n'avons donc pas pu faire, nous contentant d'assister aux séances de restitution. Comme quoi **les contraintes d'un accès au terrain** ne se situent pas nécessairement là où on peut les attendre : les principaux « gate-keepers » de notre enquête paraissaient devoir être des représentants de l'institution qui nous l'avait commandée.

1.3. Un second choix d'établissements

Parallèlement à l'exploration de nos deux premiers établissements, nous avons **continué à explorer les accès qui nous avaient été ouverts lors de nos premières rencontres** et qui s'ouvraient sur nos terrains (selon la méthode du *snowball sampling*, qui consiste à mobiliser le réseau de connaissances des personnes que nous rencontrons en entretien). Pour ne pas se fermer des portes (au cas où nos premiers terrains ne seraient pas aussi ouverts ou fructueux que prévu), pour ne pas se limiter à des établissements réputés « en avance », pour se laisser aussi la possibilité d'explorer des hypothèses inattendues sur les facteurs de pérennisation et de valorisation de la qualité.

C'est dans cette optique que nous avons multiplié les contacts et les entretiens avec des chefs d'établissement, des responsables qualité, des professionnels de santé de plusieurs hôpitaux ou cliniques,

- qui cette fois n'étaient pas nécessairement « en avance » dans le processus d'accréditation, mais **engagés au contraire à différents stades de ce processus** (avant la visite V1, pendant la visite V1, après la visite et dans l'attente du rapport d'accréditation, après la publication du rapport) ; ce qui devait nous permettre de tester l'hypothèse d'un effet propre des modalités de la démarche d'accréditation sur les conditions ultérieures de pérennisation ou non, de valorisation ou non, des démarches-qualité.

- qui présentaient aussi **des caractéristiques différentes, de taille, de statut (public/privé), de spécialité** ; ce qui devait nous permettre de tester (ou plutôt de s'ouvrir la possibilité d'un test ultérieur) l'hypothèse d'une influence de facteurs dits « exogènes » sur les dynamiques de la qualité et/ou de l'accréditation.

- qui avaient aussi **des images beaucoup moins « glorieuses »** dans la réussite de la qualité et/ou de l'accréditation que les établissements « sans réserve ni recommandation ».

Dans ces établissements, **l'exploration a été inégale** :

- **Dans un établissement** – qui avait connu sa visite mais était en attente du rapport d'accréditation (i.e. le rapport définitif, tel qu'il est validé par le Collège d'accréditation), nous avons suivi un ensemble de réunions de

restitution par l'équipe dirigeante du rapport des experts-visiteurs et avons ensuite conduit des entretiens individualisés auprès d'une dizaine de professionnels hospitaliers présents dans ces réunions.

- **Dans huit autres établissements**, les contacts ont été plus restreints : nous y avons rencontré soit le seul responsable qualité, soit l'équipe chef d'établissement- responsable qualité-cellule qualité. Dans certains de ces établissements, l'observation de réunions ou de commissions sur la qualité nous a aussi permis de contacter et rencontrer des professionnels de santé. Mais la démarche dans ces huit établissements n'a pas été aussi approfondie que pour les trois établissements précédents. Il s'agissait plus de négocier des contacts éventuels pour la 2nde année de l'étude.

1.4. Premier bilan et pistes de développement

Notre recherche qui se situe à mi-chemin dans le programme bi-annuel que nous nous étions fixé, porte actuellement :

- **Sur 11 établissements hospitaliers dont 3 ont été explorés en profondeur** : groupes d'autoévaluation, réunions et commissions de synthèse, entretiens individualisés, suivi de la restitution de la visite (V1 ou V2), entretiens après la visite, contacts établis pour des restitutions intermédiaires de notre travail. 8 autres établissements ont été explorés moins profondément mais avec la perspective d'un possible approfondissement dans la 2nde phase.

A titre d'information, mais en veillant à respecter l'anonymat auquel nous nous sommes engagés, voilà quelques-unes des caractéristiques des établissements rencontrés.

Pour le 1^{er} cercle :

Hôpital, Ile-de-France, CHU, APHP, environ 600 lits

Hôpital, Rhône-Alpes, PSPH, environ 200 lits

Hôpital, Rhône-Alpes, CHU, HCL, plus de 1000 lits

Pour le 2nd cercle :

Hôpital, Rhône-Alpes, CHU, HCL, environ 800 lits

Hôpital, Rhône-Alpes, CHU, HCL, environ 250 lits

Hôpital psychiatrique, Rhône-Alpes, PSPH, environ 300 lits

Hôpital MCO, Rhône-Alpes, PSPH, environ 200 lits

Centre de Réadaptation Fonctionnelle, Rhône-Alpes, privé PSPH, environ 70 lits

Hôpital, Ile-de-France, CHU, APHP, plus de 1000 lits

Hôpital, Ile-de-France, CHU, APHP, environ 600 lits

Hôpital, Ile-de-France, CHU, APHP, environ 800 lits

- Sur la participation, soit individuelle, soit conjointe des deux chercheurs, à **30 réunions ou commissions sur la « qualité »** ;

- Sur la **conduite de 40 entretiens** conduits auprès de responsables de l'ANAES, de l'APHP ou des HCL, experts-visiteurs, chefs d'établissements, responsables qualité, représentants des médecins (présidents de CME), direction de soins, médecins, cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, ...

- Sur **l'observation de 3 séances de restitution de visite** (2 restitutions « test V2 » pour lesquelles nous avons reçu le sésame officiel de l'ANAES, 1 restitution V1, suite à l'invitation informelle d'un directeur d'établissement).

Notons enfin qu'une **première restitution de notre travail à la 6^{ème} journée régionale du CCECQA** (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine), le 8 octobre 2004, nous a permis d'une part d'évaluer la réception et/ou la pertinence de nos hypothèses et premiers résultats chez les professionnels de l'hôpital, d'autre part de compléter nos matériaux d'analyse par l'observation *in situ* des discours de différents porteurs de la qualité, depuis les infirmiers, les cadres infirmiers, les médecins, les responsables qualité, les chefs d'établissement, les responsables des ARH, ... jusqu'au directeur de l'ANAES.

Les principales pistes que nous entendons suivre dans la 2nde phase de l'étude sont :

- **La diversification de nos terrains d'observation**, avec l'approfondissement de notre démarche d'enquête dans un ou deux établissements du 2^{ème} cercle d'étude (les 8 établissements étudiés partiellement) et dans le groupe des établissements privés à but lucratif dans lequel nous n'avons pas encore mené d'investigation ; le choix de ces établissements devant s'établir en fonction des hypothèses qui apparaîtront, à nos yeux et à ceux des représentants de l'ANAES après lecture de ce rapport intermédiaire, comme les plus importantes à tester – ou éventuellement les plus originales –.

- **La mise en place de « restitutions »** auprès des groupes de professionnels que nous avons particulièrement mobilisés dans la 1^{ère} phase (i.e. appartenant aux 3 établissements explorés les plus précisément) et la discussion des résultats obtenus localement ou globalement, suivant ainsi la méthodologie que nous avons décrite dans la réponse à l'appel d'offres (cf. encadré, supra).

- **L'étude approfondie de quelques services** pour voir comment des formes de qualité se mettent en actes, derrière les discours ou en parallèle avec les discours sur la « qualité-accréditation », chez des professionnels convaincus de la pertinence des démarches-qualité (comme la plupart de ceux que nous avons rencontrés) mais aussi chez ceux qui résistent, s'opposent ou sont indifférents à ces démarches ; les raisons de ce dernier choix ne peuvent se comprendre qu'en explicitant les résultats intermédiaires que nous pensons pouvoir établir.

2. Les « visions indigènes » de la qualité

S'il est évident que l'énoncé de l'appel d'offres invite à se centrer sur la pérennisation et la valorisation de la qualité telle qu'elle est pensée dans la démarche d'accréditation, il n'est pas inutile de rappeler la pluralité des perceptions de la qualité chez les professionnels de santé, parce que cette pluralité et la gestion de cette pluralité dans la démarche d'accréditation sont sans doute à la base des conditions de pérennisation et de valorisation de la seule qualité-accréditation (hypothèse que nous aurons l'occasion d'étayer au cours de cette partie). Rien de tel pour cela que de recourir aux discours des acteurs, à leurs « visions indigènes » pour reprendre une expression d'Estelle Bonnet (1994, 1996) dans ses travaux sur les actions qualité dans le secteur industriel.

2.1. Vision théorique versus vision pratique

Si la très grande majorité des acteurs que nous avons rencontrés ont exprimé une forme de proximité – plus ou moins forte – avec la qualité-accréditation (ne serait-ce que par le fait d'avoir accepté de participer de près ou de loin à la démarche d'accréditation), il n'est pas inutile de rappeler qu'ils témoignent aussi, en certaines circonstances, d'attitudes beaucoup plus distantes. **La qualité-accréditation ou encore la « qualité-ANAES » est parfois l'objet de profondes critiques, au point qu'elle semble parfois unir contre elle les professionnels hospitaliers, par ailleurs si souvent divisés.**

Il ne s'agit pas ici de tomber dans la caricature : si la « qualité-ANAES » a pu être initialement et ouvertement rejetée – au moins dans les discours –, elle est aujourd'hui largement reconnue par les professionnels hospitaliers comme *une* forme de qualité. C'est ce que nous avons observé sur nos différents terrains qui, rappelons-le, se sont essentiellement portés sur des professionnels impliqués dans la démarche d'accréditation. C'est aussi ce qu'a quantifié l'étude de Jean-Pierre Claveranne et alii (2003, p. 48)

A la question « *Est-ce que l'accréditation contribue à l'amélioration de la qualité ?* », 100% des personnels des services logistiques et administratifs, des personnels des services médico-techniques, des directeurs des soins, 95,7 % des ASH, 92,3 % des cadres infirmiers, 88,9 % des médecins, 81 % des infirmiers, 77,8 % des présidents de CME, 60 % des médecins chefs de service répondent **oui**.

La « qualité-ANAES », vue à travers la démarche d'accréditation, est donc bien perçue comme une forme de qualité, mais elle n'en est pas pour autant reconnue comme la seule, encore moins la meilleure. Quoi que mieux acceptée aujourd'hui, elle reste l'objet de critiques récurrentes, même chez ceux qui acceptent parfois d'en porter la dynamique.

Se construit ainsi parfois une opposition commune des acteurs hospitaliers à une qualité-accréditation, vécue comme une qualité « **administrative** », « **phosphorée** », « **pas claire** », « **nébuleuse** », « **anaesienne** », « **anaesthésiante** », « **de paperasse** », « **de papier** », « **labyrinthique** ». Autant de qualificatifs qui abondent quand il s'agit par exemple de remplir des référentiels dont les intitulés et la distribution paraissent obscurs voire aléatoires, en tous cas totalement déconnectés des réalités du terrain et du quotidien des établissements ou des services.

Quelques échanges dans des groupes d'auto-évaluation...

« X : Il faudrait arriver à motiver nos collègues médecins sur les références 53 et 54. On pourrait faire intervenir W de l'ANAES. C'est un camarade de promo, mais il est passé à l'ANAES, le traître (rires). Il ne fait plus vraiment de l'opérationnel.

Y : Attention, il va falloir lui donner des objectifs précis, si il vient faire une présentation au CCM, parce qu'il y aura des chirurgiens... quand même (rires). Les chirurgiens n'accepteront pas de perdre leur temps avec des discours verbeux ou des références incompréhensibles.

Z : C'est vrai qu'il faut préparer son intervention, parce qu'ils ne sont pas toujours très clairs, les gens de l'ANAES, en général (sourire). »

« X (responsable qualité) : Vous avez compris pourquoi cette entrée apparaît dans 2 références ?

Y (direction d'établissement) : Non, mais je crois qu'ils (= l'ANAES) ont dû faire du copier-coller, sans s'en rendre compte.

Z (médecin) : A force de vouloir faire du transversal et de ne pas recouper les secteurs d'activité, on en arrive à ce genre de choses. C'est du n'importe quoi. Quel intérêt à passer du temps à cela ? Je propose qu'on ne réponde pas.

Y : On n'a qu'à faire du copier-coller nous-mêmes. »

« X (responsable qualité) : Je ne comprends pas comment vous avez rempli cette référence sur la stratégie des ressources humaines, Monsieur Y (directeur ressources humaines).

Y : Je vous ai dit tout à l'heure que les questions des références, je ne les comprenais pas. Il ne faut pas s'étonner que l'on ne comprenne pas les réponses que j'ai faites (rires). »

Des réactions à la présentation de notre projet d'étude...

« X (médecin) : Ce n'est pas pour vous déstabiliser, mais je me pose une question : est-ce toujours utile, l'accréditation ? On mobilise beaucoup de ressources pour des résultats très limités.

Y (directeur ressources humaines) : Tout de même ! On arrive parfois à utiliser l'accréditation de façon détournée

X : Oui, peut-être, de façon détournée. Mais, quand cela vient d'en-haut, c'est très normatif. On pédale longtemps avant de voir les implications pratiques. »

A une qualité-accréditation vécue comme formalisée et formaliste, les acteurs de terrain entendent opposer **une qualité « réaliste », « pouvant être mise en pratique », « applicable et appliquée sur le terrain », « fonctionnelle », « opérationnelle ».**

Cette opposition commune – acteurs locaux vs ANAES – est néanmoins à nuancer ; elle a notamment ses degrés :

- elle est **la moins forte** chez les directeurs d'établissement, les responsables qualité et les directions de soins (sans doute ceux qui voient leur propre conception de la qualité – « transversale » et « procédurale » pour faire simple – la mieux reconnue par les référentiels de l'ANAES) ;
- et **la plus forte** chez ceux qui se définissent comme des « fonctionnels » ou des « opérationnels » du soin : médecins, infirmiers, aides-soignants.

Le clivage entre une qualité du terrain et une qualité de papier tend ainsi à se déplacer vers un clivage entre **qualité de praticiens et qualité de théoriciens, entre qualité d'acteurs et qualité de rhéteurs**. Il y a ainsi une forte revendication d'un « **savoir faire de qualité** » par opposition à un « **savoir dire de qualité** ». Une forte revendication qui stigmatise l'ANAES, mais aussi souvent, au sein des établissements, les administratifs, les directions de soins.

Cette convergence autour d'un point de vue des « praticiens », nous l'avons observée dans des réunions, des commissions, des situations où les « praticiens », au-delà de leurs oppositions, font généralement front commun face aux administratifs. Confrontés à une même injonction vécue comme verticale (celle de l'ANAES et celle des directions d'établissements et des directions qualité), unis dans leur volonté de résister à une démarche-qualité « administrative », les « praticiens » – tels qu'ils se définissent eux-mêmes – s'obligent ou sont obligés à réfléchir à une vision de « qualité commune ». Une qualité qui soit suffisamment transversale pour ne pas paraître catégorielle et corporatiste et qui puisse ainsi être opposée, comme une perception « légitime », à la « mauvaise » qualité pensée par les théoriciens (l'ANAES, les administratifs, les directions de soins).

On voit ainsi se construire un point d'accord entre les « praticiens » autour de la centralité de l'acte technique dans la définition de la qualité, autour de la nécessité que la technicité de l'acte de soin soit mieux et plus reconnue comme centrale par les « théoriciens » de la qualité, notamment dans l'accréditation. Une volonté largement satisfaite, quand les référentiels des manuels d'accréditation permettent de mettre en valeur des procédures, des protocoles techniques. Autant les intitulés de chapitres généraux (« politique et la qualité du management », « ressources transversales », « prise en charge du patient », ...) et les références généralistes du référentiel V2 désintéressaient les praticiens, autant les chapitres et références plus pointus (« vigilances », « risques infectieux », « évaluation des pratiques », ...) semblaient pouvoir susciter leur intérêt et/ou leur participation.

Ce qui est intéressant ici, dans une perspective d'interrogation sur les facteurs de pérennisation et de valorisation de la qualité-accréditation, c'est que certains « praticiens » acceptent de porter la qualité-accréditation dès lors qu'elle mobilise quelque peu cette dimension « pratique » et « technique » dans laquelle ils se reconnaissent principalement.

C'est un même processus d'implication et de mobilisation que l'on observe lorsque la qualité-accréditation parvient à recouvrir les visions catégorielles de la qualité.

2.2. Des visions catégorielles de la qualité

Les visions de la qualité-accréditation se confrontent aussi parfois aux perceptions catégorielles (liées aux appartenances professionnelles) de la qualité. Même si les acteurs que nous avons rencontrés témoignent généralement d'un déplacement ou dépassement de leurs visions purement catégorielles, leurs conceptions restent généralement empreintes de ces perceptions attachées à leurs groupes professionnels, souvent largement opposées à la qualité-accréditation, notamment dans sa revendication à améliorer – sinon obliger – le décloisonnement professionnel des pratiques.

On retrouve ici un résultat bien mis en évidence par l'étude de Jean-Pierre Claveranne et alii (2003), qui s'appuie sur une analyse de contenu de discours de professionnels hospitaliers pour distinguer 4 groupes du point de vue des productions discursives sur la qualité, des registres du parler sur la qualité (p. 42, p. 98) :

- 1^{er} groupe : directeurs d'établissement, responsables qualité et directeurs de soins (ou infirmiers généraux) : ceux qui utilisent le plus le vocabulaire de la qualité (i.e. la qualité que nous avons dénommée « qualité-accréditation »), qui la définissent avec une forte implication personnelle et une faible prise de position par rapport aux groupes professionnels.
- 2nd groupe : présidents de CME, médecins, chefs de service : ceux qui se caractérisent par un recours fréquent au vocabulaire officiel de la qualité et par de très faibles références au patient.
- 3^{ème} groupe : dans les services, les infirmiers, aides-soignants, agents administratifs et logistique : caractérisés par une importante mention des patients, un usage plus fréquent du vocabulaire de la globalité.
- 4^{ème} groupe : cadres qui emploient le vocabulaire du management et qui sont plus sensibles que les autres à la procédure d'accréditation.

Evidemment, cette typologie est beaucoup moins sommaire et simpliste qu'elle n'est présentée ici, d'abord parce qu'il existe des différences importantes au sein de chaque groupe, ensuite parce que chaque trait se retrouve, non exclusivement, mais de façon plus ou moins marquée, dans chaque groupe³⁵. Néanmoins, ces tendances catégorielles existent.

Si nous n'avons pas procédé à une analyse quantitative de contenu, **nous retrouvons ainsi ces grandes tendances selon les catégories professionnelles**, comme en témoignent les définitions suivantes de la qualité, extraites d'entretiens.

« La qualité selon moi, elle doit s'adresser autant à l'agent de service qu'au chef de service. La qualité, c'est avoir des réactions et des comportements responsables vis-à-vis du malade, de la famille, des visiteurs, de n'importe qui qui est en souffrance physique ou en demande de renseignement. Pour le moment, la qualité est cantonnée à des segments sur lesquels tout le monde se précipite, mais on passe à côté de l'essentiel. La qualité, elle devrait être définie par rapport au malade. » (directeur qualité)

« La qualité, c'est avant tout la qualité de l'acte chirurgical, puis celle des soins, puis le reste. Il y a trois cercles : au centre le chirurgien, ensuite les soignants, et puis le reste, l'intendance, l'administration. Pour les deux premiers cercles, la qualité est à peu près atteinte. C'est le 3ème cercle qui pose problème : faire la queue à l'entrée ou à la sortie, mal manger, ... c'est tout cela la qualité » (chirurgien, président de CME)

« L'avantage de la qualité, c'est de savoir qui fait quoi. Chacun est fixé sur son pré carré, ça a le mérite d'être clair, de savoir qui fait quoi. Les dysfonctionnements, c'est justement quand il y a de l'exercice illégal, de la délégation de tâches qui ne devraient pas être déléguées. » (cadre infirmier)

« La qualité, c'est surtout les procédures.

Y a-t-il des procédures qui ne servent pas, dans toutes celles qui ont été mises en place ?

Non, je ne vois pas de procédures inutiles, de contraintes réglementaires inutiles. (...)

L'information bénéfice-risk, elle est faite comment ?

³⁵ Ces nuances apparaissent dans les tableaux de l'étude de J.-P. Claveranne et alii, 2003, pp. 101-105.

A partir d'un papier qu'on donne au patient. Le papier dit comment se passe l'examen, le bénéfice attendu, le risque encouru. On récupère le document signé le lendemain. L'important, c'est la signature, la trace écrite, la preuve.

C'est une crainte du judiciaire ?

Oui, y a l'aspect judiciaire, mais pas seulement. C'est une précaution. Mais le moteur de l'histoire, c'est quand même que les gens soient concernés par ce qui leur arrive. » (cadre infirmier)

« Pour moi, la qualité se joue surtout dans les choses qui ne laissent pas de trace : le temps passé, le savoir faire, le savoir être. (...) Pour une demande de consentement, on donne un document au patient, on lui fait signer, on le met dans le dossier et l'ANAES est contente. Mais est-ce que le patient, lui, est content ? Est-ce qu'il n'aurait pas préféré une autre façon de faire ? J'ai peur que le fait de donner des documents dédouane les personnels d'une communication avec les patients. » (infirmier)

On pourrait croire ces discours produits par des professionnels isolés et caricaturaux, rivés sur leur seul pré carré et ne pouvant imaginer aucune qualité autre que celle qui est centrée sur leur activité propre, aucune coopération avec les autres professionnels et encore moins aucune participation à une démarche d'accréditation pensée comme devant décloisonner les professions de l'hôpital. Pourtant – rappelons-le –, **ces discours nous ont été tenus par des professionnels qui se montrent au moins partiellement ouverts à la qualité-accréditation puisqu'ils ont participé à la démarche d'accréditation.** Ces propos ne doivent pas être considérés selon nous comme des figures caricaturales, mais seulement comme **un indice que chaque professionnel, aussi investi soit-il dans la défense de la qualité-accréditation, éprouve des tensions permanentes entre différentes conceptions de la qualité**, par exemple entre la vision de la qualité-accréditation et la vision, portée de façon large par son groupe professionnel d'appartenance, de ce que devrait être la qualité à l'hôpital.

Malgré leur assez large ouverture à la qualité-accréditation et aux perceptions des autres acteurs de l'hôpital, nos interlocuteurs témoignaient encore de **conceptions très « catégorielles »**, par exemple, quand nous leur demandions de décrire ce que serait pour eux une situation-type, idéale, de qualité.

- **Les responsables qualité** portent très souvent un discours militant, sur le ton du management, prônant une nécessaire mise à plat des pratiques, une transversalité de l'activité, un décloisonnement catégoriel pour une meilleure satisfaction des patients, et reprenant ainsi largement à leur compte le discours de l'ANAES, même si celui-ci peut être qualifié d' « irréel » ou « irréaliste ».

Une situation type de qualité : l'ensemble des professionnels de soins rassemblés dans une réunion, participatifs et ouverts aux autres, pour travailler sur les « interfaces ».

- **Les médecins** définissent généralement la qualité essentiellement par celle de leur acte technique : la qualité, c'est l'excellence technique.

Des situations-types de qualité : sauver un patient « perdu » grâce à un acte d'excellence, ou encore, des taux d'infection et de complication nettement inférieurs dans son service aux données nationales et internationales, établies par des sociétés savantes, ou encore, mettre au point un procédé, un protocole de soin, qui pourrait faire l'objet d'une publication internationale.

- **Les cadres infirmiers** définissent souvent la qualité comme conformité aux procédures et semblent vouloir profiter de l'accréditation ou des autres démarches-qualité pour mettre en ordre l'activité des soignants.

Des situations-types de qualité : un dossier de soins où tous les actes ont été écrits (et des transmissions par conséquent parfaites) ; des informations bénéfice-risque ayant fait l'objet d'une procédure écrite pouvant être distribuée aux patients pour signature ; des contrôles réguliers du respect des protocoles.

- **Les infirmiers et les aides-soignants** mettent souvent l'accent sur la relation au patient et réclament pour cela du temps et des effectifs.

Une situation type de qualité : un soin fait avec autant de temps et de disponibilité que le souhaite le patient.

Ces conceptions résultent d'une très forte **segmentation des actes professionnels** : chacun semble vouloir mettre l'accent sur sa « compétence fonctionnelle » (cf. Parsons, 1939), celle que ne partagent pas les autres et qui légitime ainsi son autorité spécifique. On peut parler d'un egocentrisme ou plutôt d'un ethnocentrisme (à l'échelle du groupe professionnel) de la qualité : celle-ci n'est vue qu'à partir de son angle d'analyse, de son faisceau de tâches, de sa place dans l'organisation.

Chaque conception egocentrée / ethnocentrée fait évidemment l'objet de profondes critiques chez ceux qui ne la partagent pas : comme si les Autres – et leur conception de la qualité – étaient responsables de l'échec de LA qualité à l'hôpital. L'on voit ainsi :

- **Des directeurs et des responsables qualité** qui dénoncent les corporatismes professionnels, notamment celui des médecins et des PUPH ou encore des « divas » selon l'expression d'un directeur d'établissement ;

« Les PUPH cumulent tous les défauts pour ce qui est de la qualité. Ils pensent qu'ils sont brillants, qu'ils sont quasiment à la perfection. Ils pensent en termes de développement technique de la science médicale. La qualité, ils ne comprennent pas que c'est le terrain, que ce ne sont pas eux qui sont en question. Le PUPH, c'est un artiste qui fait un travail extraordinaire mais qui considère qu'il n'a pas son mot à dire sur la qualité basique : c'est « voyez avec la surveillante », dès que ça ne touche plus la clinique. » (médecin, membre d'une commission qualité)

- **Des médecins** qui dénoncent un oubli du cœur de l'activité hospitalière : la traque de la maladie.
- **Des cadres infirmiers** qui dénoncent le potentat de corps médical et son refus de soumettre ses pratiques à un regard extérieur.
- **Des infirmiers et aides-soignants** qui dénoncent ces visions, soit strastophériques, soit hypertecniciques, soit hyperprocédurisées, qui ne sont pas en phase avec les contraintes quotidiennes et les demandes des patients.

On observe ainsi de récurrentes dénonciations par certains professionnels d'une résistance des autres professionnels à LA qualité, LA qualité étant toujours définie de façon ethnocentrée. S'il y a manquement à cette « qualité » idéale, c'est principalement du fait des autres professionnels, et plutôt des autres groupes professionnels, qui ne « comprennent » pas ce qu'est la « vraie qualité ». Ce constat d'une **permanence des cloisonnements professionnels** – à travers certains discours sur la qualité – pourrait refroidir voire glacer d'effroi ceux qui pensaient que la qualité-accreditation avait gagné son pari de décloisonnement et de transversalité, au moins chez les professionnels qui avaient accepté de participer à la démarche d'accréditation.

Tel ne nous semble pas devoir être le principal enseignement de ce constat. N'oublions pas en effet que les discours cités et les typologies que nous avons établies ont été portés par des professionnels qui ont non seulement participé à l'accréditation, mais qui croient au moins partiellement en la pertinence de cette démarche et en l'intérêt de la qualité qu'elle sous-tend. Aussi vaut-il mieux **saisir ces discours non comme des manifestations d'un échec de la dynamique de la qualité-accreditation** (et par là d'une impossible pérennisation et valorisation de cette qualité) **que comme des manifestations** – dans des situations données – **des tensions permanentes qui animent les professionnels de l'hôpital quant à leurs visions indigènes de la qualité**. Tensions qui seraient à la base de la dynamique de la qualité-accreditation et de ses éventuelles pérennisation et valorisation.

2.3. A l'échelle individuelle, une pluralité de visions indigènes de la qualité

Notre étude fait finalement apparaître que les professionnels de santé rencontrés jouent tous sur plusieurs visions, définitions, perceptions, représentations de la qualité :

- **Une vision de la qualité-accréditation** qui désigne ce que les professionnels croient voir derrière la qualité demandée dans l'accréditation. De façon très générale, cette qualité est perçue comme un effort de mise en place et de respect de protocoles/procédures, de standardisation des pratiques, de traçabilité écrite des actes, de coopération et de transversalité interprofessionnelle ;
- **Une vision de la qualité idéale** : chacun a aussi une conception de la qualité – pas nécessairement congruente avec la qualité-accréditation mais pas nécessairement non plus opposée à elle – qu'il serait souhaitable de mettre en place, soit à l'échelle de son établissement ou de son service, soit à l'échelle de sa propre activité.
- **Une vision de la qualité réelle** : chacun dit essayer de faire « de la qualité » au quotidien, pas nécessairement de la qualité comme il la définit idéalement, mais de la qualité quand même, « au mieux ».

Ce qui apparaît alors le plus remarquable, ce sont les tensions qu'éprouvent les différents professionnels rencontrés entre ces différentes visions, qu'ils essaient de combiner au quotidien. Aucun professionnel – tout au moins dans ceux que nous avons rencontrés – ne fait en effet de choix exclusif entre ses visions, acceptant par exemple de se satisfaire d'une qualité réelle ou de la qualité-accréditation et d'abandonner son idéal de qualité, ou encore refusant toute inflexion de ses conceptions idéales au regard des contraintes de l'accréditation ou du quotidien. Chacun au contraire tente de trouver des compromis, au pire acceptables, au mieux satisfaisants, entre ses visions. **C'est selon nous dans ces compromis et dans l'entretien ou non de ces compromis que pourrait résider la réelle dynamique de l'accréditation et les facteurs favorisant ou bloquant sa pérennisation / valorisation.**

Mais étudions d'abord comment se manifestent ces tensions intra-individuelles entre visions indigènes de la qualité. **Les différents professionnels rencontrés varient d'abord les expressions de leurs visions selon les situations.** Dans une situation « publique » (un colloque, une visite des experts de l'ANAES, une restitution de la visite, une réunion – par exemple commission qualité, CME), les acteurs défendent généralement la conception de la qualité-accréditation, surtout lorsqu'il y a des représentants de l'ANAES : ils « jouent le jeu » en montrant de la conviction, en se faisant les fervents défenseurs de l'accréditation, des formes de qualité développées grâce à cette procédure et plus largement à toutes les démarches de certification de la qualité.

Mais les mêmes acteurs, rencontrés dans d'autres situations moins publiques – notamment en entretien individuel mais éventuellement aussi dans des cercles restreints (avec des professionnels de la même catégorie par exemple) – **montrent parfois des conceptions très différentes** : ils mettent cette fois en avant leurs doutes sur la « qualité officielle », reconnaissent que leurs jeux en public sont en grande partie factices et « coûteux en énergie parce qu'il faut convaincre des moins convaincus que soi-même, ce qui n'est pas peu dire » (selon l'expression d'un médecin directeur de CME). Même les experts-visiteurs, si souvent décrits comme des convaincus de la qualité-accréditation, témoignent parfois, lorsqu'ils ne sont pas en public, d'un recul assez important (souvent sous forme de doutes) vis-à-vis de la démarche qu'ils sont censés porter et de la qualité supposée être développée dans cette démarche.

Deux nuances doivent ici être apportées. **Première nuance** : ce constat ne peut être pour le moment généralisé à tous les professionnels que nous avons rencontrés, d'abord parce que nous n'avons pas eu l'occasion de tous les rencontrer en situation publique et en entretien, ensuite parce que l'expression de doutes demande une confiance que nous n'avons encore eu le temps de construire sur tous nos terrains ; néanmoins, il concerne la grande majorité des professionnels rencontrés en différentes situations. **Seconde nuance** : ce constat ne signifie évidemment pas que les acteurs rencontrés ne croient absolument pas au registre de la qualité officielle, ou encore à la qualité telle qu'elle est pensée et portée dans la démarche d'accréditation. La conviction n'est seulement pas aussi profonde qu'elle n'est montrée en situation publique ; les acteurs avouent simplement être conduits en public à « surjouer » le rôle de convaincu de la qualité-accréditation, en omettant sciemment d'exprimer leurs doutes. Mais ils acceptent aussi parfois, semble-t-il, de bon gré et sans grande distance critique à leurs rôles, de défendre l'intérêt de la démarche d'accréditation et la pertinence de la qualité ainsi recherchée, notamment lorsqu'ils sont confrontés à des collègues sceptiques ou résistants, plus sceptiques ou plus résistants qu'eux-mêmes.

Ce qui est très intéressant à repérer, c'est que les doutes sur la pertinence de la qualité-accréditation s'expriment généralement en tension avec le registre de la qualité idéale, un registre auquel les acteurs croient beaucoup plus. Cette qualité idéale, c'est ce que pensent les acteurs hospitaliers qu'il serait idéal de faire pour atteindre un « vrai » niveau de qualité dans le soin, comme si la qualité-accréditation ne satisfaisait pas pleinement cet objectif. **Chaque acteur a ainsi une conception de ce que devrait être la qualité à l'hôpital**, conception dont nous avons vu qu'elle est souvent liée à des appartenances socio-professionnelles. Certains professionnels défendent une qualité idéale très proche de la qualité-accréditation (c'est notamment le cas des administratifs et des cadres infirmiers) mais la plupart ressentent une tension – plus qu'une rupture – entre les deux : comme si la qualité-accréditation permettait une amélioration de la qualité, mais pas suffisante pour correspondre à ce qui serait idéal ; comme si aussi la qualité-accréditation ne touchait pas vraiment au cœur de l'essentiel.

Une autre tension, sans doute plus forte que la précédente, s'exprime aussi en entretien dans la difficulté de faire correspondre la « qualité idéale » et la « qualité réelle » – celle que l'on peut produire avec les moyens et les contraintes du quotidien. Ici apparaissent les questions de personnels, de temps de travail, de budgets, etc. **Les professionnels disent ne pas avoir les moyens de la qualité qu'on leur propose (qualité-accréditation) ou qu'ils voudraient porter (qualité idéale)**. A défaut d'avoir ces moyens, ils cherchent tout de même à faire de la qualité, mais une qualité « bricolée », « rapiécée », « de bouts de ficelles », « Ersatz », « fausse » pour reprendre des expressions qui nous ont été rapportées.

Le repérage de ces tensions entre perceptions indigènes nous apparaît incontournable dans la mesure où il situe précisément les enjeux (ouvertures et obstacles) de la pérennisation et de la valorisation de la qualité-accréditation. En effet, la qualité-accréditation ne semble jamais pouvoir être ni pérennisée, ni valorisée, lorsqu'elle n'offre pas aux différents acteurs la possibilité de reconnaître au moins partiellement dans la qualité-accréditation des traits de la qualité idéale à laquelle ils croient plus profondément et des traits de la qualité réelle qu'ils entendent mettre en œuvre. Pour notre part, nous n'avons en tous cas pas encore rencontré de professionnel paraissant totalement convaincu par la qualité-accréditation (et qui pourrait ainsi être une figure à suivre pour sa pérennisation), mais seulement des professionnels ouverts à cette forme de qualité, tant et pour autant qu'elle leur semblait pouvoir être une des voies de mise en œuvre de leur propre conception de la qualité. **Un enseignement essentiel lorsqu'il s'agit de trouver des facteurs et des acteurs de pérennisation et de valorisation.**

La dynamique de la qualité-accréditation reposerait ainsi fondamentalement sur la mise en tension des différentes visions indigènes de la qualité, plus que sur un improbable engagement les yeux fermés des professionnels derrière la seule qualité-accréditation. En d'autres termes, **la pérennisation et la valorisation de la qualité-accréditation semblent devoir passer par la mise en tension(s) et l'entretien de cette mise en tension(s) entre les différentes visions de la qualité portées par un même acteur.**

2.4. Hypothèses de travail

Il reste à explorer comment se manifeste en actes cette mise en tension que nous n'avons pour le moment repérée qu'à travers des discours. Ce travail de repérage sera l'un des axes de développement de notre recherche dans l'année qui vient, à travers l'exploration approfondie du fonctionnement de certains services. Exploration dont nous avons négocié la possibilité et les modalités au cours de la 1^{ère} phase écoulée, auprès des responsables de chaque service envisagé.

Mais l'on peut d'ores et déjà avancer **une hypothèse**, construite à partir de la 1^{ère} phase de terrain : **l'investissement dans la dynamique de la qualité se traduirait par une tension pratique entre deux exigences normatives, celle du respect des procédures et celle d'une coopération.** Nous voulons dire par là que les acteurs hospitaliers paraissent confrontés dans leur mobilisation autour de la qualité à un profond tiraillement entre la procédurisation et la mise en coopération de leurs pratiques, deux exigences remplies de façon inégale par les démarches-qualité. Ces dernières démarches paraissent en effet – et c'est **une seconde hypothèse** – devoir mieux satisfaire et permettre de pérenniser l'impératif de procédurisation. Par contre, **la dimension de la coopération engagée dans la qualité semble beaucoup moins pérenne, et plus difficile à contrôler.**

Ne serait-ce pas là un indice que si la « qualité-état » se pérennise assez bien (notamment par la sédimentation et la cumulativité des procédures), la « qualité-processus » est beaucoup plus difficile à maintenir ? Ce sont des hypothèses ce que nous avons commencé à explorer, en essayant d'observer si et comment la démarche elle-même d'accréditation permet ou non une mise en tensions des visions indigènes de la qualité et permet ou non son entretien.

3. Des facteurs de pérennisation et valorisation ? Une vision apophatique et latérale

Si la qualité est comprise et vécue par nombre de professionnels comme une mise en tension de dimensions multiples dont les notions de procédure et de coopération peuvent aider à rendre compte, **il est possible d'examiner dans quelle mesure telle ou telle orientation d'action vient nourrir cette tension ou, au contraire, contribue à la paralyser.** Dans cette perspective, nous avons choisi d'examiner successivement le processus attaché à la démarche d'accréditation elle-même et, plus marginalement, une expérience (en apparence très latéralisée par rapport à notre objet) nommée « culture à l'hôpital ». Dans les deux cas, ce sont des dynamiques aux effets très contrastés sur le couple procédure-coopération (couple qui exprime de façon générique ce dont sont constituées les définitions indigènes de la qualité) que nous avons pu observer.

3.1. Quelques effets inattendus de la procédure d'accréditation

Il est largement admis, au moins parmi les interlocuteurs qui ont été les nôtres, que **le temps de l'auto-évaluation, suivi de celui de la visite et du rapport de l'ANAES, constituent des moments d'étapes forts dans l'instauration d'une politique qualité au sein des établissements.** Aussi avons-nous choisi de nous pencher sur différents temps de la démarche d'accréditation pour identifier ce qui pouvait s'y jouer en termes de pérennisation/valorisation ou, à l'inverse, en effets pervers plus ou moins paralysants.

Par-delà le constat d'une fonction incontestablement dynamisante de toute la procédure, d'autres dimensions, aux effets plus mitigés, nous sont apparues. En nous y attardant, nous choisissons de regarder l'envers des facteurs de pérennisation/valorisation de la qualité et, ce faisant, de les approcher au plus près fut-ce de façon apophatique.

Nous l'avons dit, la démarche d'accréditation fournit, dans bien des cas, une occasion aux établissements hospitaliers d'ouvrir le "chantier" de la réflexion sur la qualité de leurs prestations et de leur fonctionnement ou, à tout le moins, de le renforcer. Rappelons-le encore une fois car ce point de vue est assez unanimement souligné, l'accréditation est un déclencheur, un accélérateur de la démarche qualité. Ce constat évoqué, il est tout aussi fréquemment remarqué, par les acteurs, qu'à chaque étape du processus, d'autres dynamiques se mettent en œuvre qui sans être forcément toujours contraires à la logique de la qualité n'en restent pas moins ambivalentes. Si nous retenons le découpage classique en six phases de la démarche d'accréditation (Pomey, 2002, p. 340), depuis l'amont de l'opération (**phase 1**) qui précède la déclaration de candidature à l'entrée dans la procédure, en passant par le lancement de l'auto-évaluation (**phase 2**), le temps de la visite (**phase 3**), l'après-visite et l'attente du rapport d'évaluation (**phase 4**), la remise du rapport (**phase 5**) pour finir avec l'entrée dans la nouvelle période qui s'ouvre jusqu'à la prochaine visite (**phase 6**), on note, pour chacun des moments évoqués, des mécanismes, des réactions qui méritent un peu d'attention.

Au moment de la **phase 1**, les établissements peuvent se trouver à des degrés très différents de réflexion sur la question de la qualité de leurs prestations. Certains peuvent, par exemple, être engagés dans des démarches partielles qui visent à atteindre le label d'une excellence professionnelle dans tel ou tel domaine technique, d'autres – plus rares – peuvent avoir cherché à obtenir une « certification iso » alors que, à l'inverse, certains établissements, pour des raisons les plus diverses, sont encore très éloignés d'une réflexion sur la qualité et peu préparés à l'entrée dans la démarche d'accréditation. Mais, de façon générale, le caractère obligatoire de celle-ci et, en contre-partie, son échelonnement possible sur 5 ans (sur la base du volontariat), débouche sur une situation et une « ambiance » de type concours dont les effets (contre)électifs peuvent être stigmatisants. Ainsi, on voit apparaître le peloton de ceux qui souhaitent être considérés comme les premiers de la classe. Candidats aux opérations-tests de la V1 ou de la V2, ils se donnent à voir (volontairement ou non) comme une sorte d'élite (peu importe que cela soit objectivement le cas ou non, c'est au plan symbolique que se joue cette « distinction »), qui entend bien ne pas rater le « train de la qualité ». Du coup, tout à l'inverse, les établissements qui sont parmi les derniers à entrer dans la procédure (certains n'étant pas encore évalués alors même que, parmi les « bons élèves », on trouve des établissements qui se sont déjà prêtés au test de la V2 et se préparent déjà à leur seconde visite d'accréditation), se profilent, de fait, comme les plus « poussifs ».

Évidemment, ces distinctions ne relèvent de rien d'autre qu'une sorte de « **lutte des places** » sans autre fondement que symbolique (en effet on ne note aucune sanction pour les derniers ni avantages particuliers pour les premiers) mais cela produit une sorte d'imaginaire collectif dont les effets peuvent être, au-delà du côté stigmatisant, assez démobilisant. En effet, comme dans toutes les situations de « concours » ce n'est plus la valeur de ce qui est entrepris par chacun qui émerge comme la principale priorité mais la place (symbolique) que les uns occuperont par rapport aux autres. Ainsi, il est assez symptomatique, pensons nous, qu'un établissement en plein déménagement-fusion soit candidat à entrer

dans la procédure d'évaluation alors même que les circonstances dans lesquelles ils se trouvent sont, de façon criantes, peu propices à la démarche³⁶.

Tout se passe comme si le double caractère obligatoire et électif de l'entrée dans la démarche d'accréditation créait un **contexte général de « concours »**. Être parmi les premiers à satisfaire brillamment aux exigences de l'évaluation devient une sorte d'objectif non explicite mais agissant. Bien sûr, la compétition peut avoir de bons côtés, stimuler le progrès de chacun et entraîner un mouvement de progrès collectif. Mais, en même temps elle nourrit « une lutte des classements » avec tous les effets anesthésiants (« anaesthésiants » disent certains) qui peuvent y être associés. **La grandeur des uns**, candidats pour tester la V1 et la V2 (que l'on pourra, par exemple, retrouver plus tard accrédités "sans réserve ni recommandation") **ne peut que construire indirectement et involontairement « la petitesse » des autres** ; la publication des rapports étant là, par ailleurs, pour assurer la publicité et confirmer publiquement les positions de chacun. Cette logique de la « distinction » vient alimenter des jeux qui ont un rapport direct avec une dynamique élective aux conséquences aussi stimulantes pour les « premiers » que stigmatisantes pour de nombreux autres.

Durant la **2nde phase**, qui voit l'établissement préparer l'auto-évaluation, **c'est la situation assez classique de l'injonction à participer qui peut retenir l'attention comme facteur bloquant**. Si on comprend bien la fonction que peut avoir le regroupement de collectifs interprofessionnels réfléchissant ensemble sur leurs pratiques et les conditions de celles-ci, il n'en reste pas moins que le côté obligatoirement participatif de la démarche présente parfois un côté largement artificiel. « *J'y suis allé parce que le directeur me l'a demandé un peu comme un service* » (un soignant d'un service mortuaire) ; « *quand il a fallu se lancer dans les groupes d'auto-évaluation, j'ai fait appel aux gens que je connaissais et avec qui j'avais de bonnes relations* » (un responsable qualité)... ; ce genre de propos traduit la difficulté que suscite l'enclenchement d'une démarche participative, là où celle-ci n'est pas nécessairement une pratique ancrée.

Les bonnes intentions (que les sociologues des organisations qualifient d'humanistes) **attachées à la tradition managériale participative ne suffisent que très rarement à provoquer la mobilisation collective** ; pire, dans certains cas, lorsque l'invitation à la participation est comprise (à tort ou à raison) comme une forme de manipulation ou de gesticulation faussement démocratique, c'est la réaction inverse à celle espérée qui est engendrée. Là où on attend la formation de groupes, une dynamique partagée au niveau de l'organisation, c'est à la réactivation de clivages que l'on assiste : « *Les collègues du service m'ont largement critiqué au moment de l'auto-évaluation « T'as pas mieux à faire que d'aller dans ces réunions ? » me disaient-ils me reprochant aussi par la même occasion d'avoir accepté une fonction de responsable dans le service alors qu'on ne m'en donnait pas de compensations financières* ». Pour simplifier, on pourrait émettre l'hypothèse que l'injonction à participer à la vie d'un collectif chargé d'une production commune, alors même que le contexte organisationnel général et managérial de l'hôpital est largement tourné vers la responsabilisation individuelle (l'entretien *individuel* d'évaluation, la responsabilité juridique personnelle des actes, la tarification à l'activité, ...), génère une sorte de contradiction. **Peut-on en appeler à l'effort collectif ponctuel dans le cadre d'une procédure particulière (en l'occurrence l'auto-évaluation) alors que l'histoire des lieux et des profession(nel)s, les orientations managériales principales quotidiennes ne sont pas nécessairement tournées vers la valorisation de ces dimensions participatives et collectives ?** N'y-a-t-il pas là une forme de contradiction ? Dans la mesure où cette hypothèse aurait une certaine pertinence, on peut se demander si l'injonction participative, qui plus est balisée par une temporalité serrée (les quelques mois qui précèdent la visite des experts ANAES), ne risque pas, dans certains cas, d'être largement contre-productive. Ainsi le « participez ! » suscite, en même temps que l'adhésion de quelques professionnels souvent minoritaires, du scepticisme, de l'irritation et de l'apathie chez nombre d'acteurs de l'hôpital.

La **3^{ème} phase** du processus, correspondant à la visite des experts est, elle aussi, à l'origine de comportements qui interrogent. Si elle met incontestablement sous pression les personnels, elle le fait sur le mode du « **bachotage** ». Tout comme les savoirs fraîchement acquis sont peu ancrés lorsqu'un examen a été « bachoté », la « qualité », montrée dans la visite d'accréditation, inspire parfois un constat analogue. L'acquisition des pratiques de qualité semble toute récente et un rien artificielle (ce qui ne trompe d'ailleurs pas les experts « *On voit bien quand un affichage est tout récent ou que quelque chose a été préparé pour l'occasion* » – un expert). Ici, la charte de l'établissement vient d'être affichée, les dossiers des malades habituellement non rangés avec les noms bien en vue ont été dissimulés, les comportements indésirables provisoirement contenus. « *Faudra dire à Momo (indique l'une des responsables qualité animant une réunion préparant la visite), vous savez le clochard qui loge depuis quelques temps dans les sous-sols, qu'il ne vienne*

³⁶ Dans le cas auquel nous songeons c'est l'ANAES qui convaincra l'établissement à remettre à plus tard la démarche d'accréditation.

pas pendant la visite ; ça ferait désordre ». Ce type de situation, engendrée par toute forme de « passage en revue », a un rapport avec l'artificialité, terme qui nous semble être le double inversé de la pérennité. Pour le dire autrement, **c'est le sentiment d'être soumis à un contrôle lors de la visite d'accréditation qui domine largement et, avec ledit sentiment, c'est l'idée de mobilisation autonome qui se perd un peu.**

Mais ce n'est pas la seule dimension contradictoire qui nous paraît être induite par la visite ; il faut également y ajouter **une impression fréquente de frustration**. Deux types de situation peuvent illustrer le propos. Dans le premier cas, la frustration peut être relative au passage des experts jugé souvent « trop rapide » par les personnels des services qui attendaient leur venue. En effet, ayant souvent préparé la rencontre (bachotage ou pas), souhaitant montrer la qualité de leurs prestations, les acteurs des services sont déçus par le côté fugitif de la rencontre avec les visiteurs. Peu de temps et peu d'échange sont à mettre en face d'une préparation qui, dans certains cas, est en route depuis des semaines³⁷. C'est encore le même type de **frustration** qui est ressentie au terme de la visite lorsque les experts rendent compte de ce qu'ils ont observé. Le fait qu'aucun échange ne soit possible, que l'exposé soit très formalisé (pour des raisons de rationalisation du temps que l'on peut tout à fait comprendre), donne à la séance de restitution un côté compassé qui n'a pas grand rapport avec une dynamique collective. Chacun vient écouter un verdict qui, quel qu'il soit, n'est que provisoire (il n'est pas le rapport d'accréditation) et pas discutable. À l'identique d'une épreuve d'examen dont l'impétrant ne saura rien du résultat qu'il a obtenu, il ressort de celle-ci avec une incertitude sur sa prestation et, après avoir été soumis à une réelle pression, il n'aspire plus qu'à souffler, forme d'expiration – contraire à l'idée d'inspiration – (l'une et l'autre bien connues des sportifs) qui annonce la **4^{ème} phase**.

Nous ne nous attarderons pas sur celle-ci. Faisant suite à la visite, elle est bien connue de tous et évoquée par le vocable d'« **effet soufflé** ». **Ledit effet est non seulement démobilisateur** (tout le monde connaît l'histoire du « Ouf ils sont partis ») mais, plus le rapport final tarde à arriver et plus **l'effet soufflé s'accompagne d'une véritable fantasmagorie collective**. Ainsi, au sein d'un établissement qui dut attendre plusieurs mois au-delà des délais initialement prévus pour obtenir son rapport, la machine à fantasmes s'est mise à fonctionner bon train. Là où « l'effet soufflé » provoque, avec la dissolution des groupes d'auto-évaluation, une retombée de la mobilisation, l'imaginaire collectif fantasmagorique développe une dynamique carrément contre-productive. « *Qu'avons-nous mal fait pour que notre rapport tarde tant à nous être remis ?* entend-on ici et là » ; à cette question, chacun a sa réponse nourrie de ses angoisses. « *Un scandale s'annonce ? Nous n'aurons pas l'accréditation ?* ». Que le directeur d'établissement vienne à partir pour des raisons n'ayant rien à voir avec la démarche d'évaluation (et selon une planification arrêtée de longue date), et la machine à fantasmes se met en route à plein régime (« *Le directeur n'est-il pas victime d'une sanction, son départ ne manifeste-il pas un désaccord avec le rendu des experts... ?* »). Une telle situation n'est pas seulement démobilisatrice ; elle génère un climat pesant qui prolonge le sentiment de contrôle évoqué plus haut et, effet paradoxal, il affecte tout particulièrement ceux qui ont participé activement à la démarche d'auto-évaluation, c'est-à-dire ceux-là mêmes des personnels qui sont les plus impliqués dans les démarches qualité.

La **5^{ème} phase** qui comprend l'arrivée du rapport provisoire des experts et le rendu définitif avec d'éventuelles réserves et recommandations, provoque **deux types de mouvements là encore anesthésiants**. Le premier est lié aux conditions très particulières dans lesquelles le rendu des experts peut-être commenté. Comme il n'est attendu des acteurs qu'un retour sur la dimension factuelle du document et non sur des questions de fond, **tout débat important se trouve de fait bloqué** : « *Nous n'avons pas à entrer dans cette discussion de fond maintenant, ce n'est pas ce qu'attend l'Anaes* » avons-nous entendu maintes fois lors de ces séances de restitution. Du coup, les groupes d'auto-évaluation qui se réunissent souvent pour la première fois depuis la visite, ne trouvent pas en cette occasion la possibilité de se réactiver. L'échange, fer de lance possible de l'action collective, est remis à plus tard.

L'autre effet quelque peu inattendu est lié au **caractère lui aussi contre-productif de la multiplication des plans d'action qualité**. En effet, autant chacun s'accorde à reconnaître qu'une réserve sur tel ou tel point peut constituer un levier d'action incontestable et ne signifie donc pas nécessairement une sanction (même si les directeurs rencontrés avouent préférer le fameux « sans réserve ni recommandation »), autant, les plans d'action, lorsqu'ils se multiplient (certains établissements avançant des chiffres impressionnants), peuvent engendrer du découragement ; **l'inflation des projets d'action tue l'intention d'agir**. Le volontarisme enthousiaste des uns génère une sorte de tétanie chez les autres.

³⁷ Soulignons, s'il en était besoin, qu'il n'est pas dans notre intention de fustiger les experts. Ceux-ci sont également pris dans une démarche où le temps leur est compté. Faisant pour le mieux, ils sont invariablement en dessous des attentes des personnels rencontrés.

La **dernière et 6^{ème} phase**, qui sépare la définition des plans d'action liée à l'arrivée du rapport de l'ANAES avec la perspective d'entrée dans la prochaine accréditation, est, au moins pour ceux qui avaient eu le sentiment de « bachoter » (rappelons au passage, ce n'est jamais qu'avec 15 à 20 % des agents au maximum – pour ceux que nous appelions plus haut « les premiers de la classe –, que s'opère le travail d'auto-évaluation), marquée par le désir d'un « retour à la normale ». Pouvoir travailler en paix sans plus se soucier de ces évaluations qui perturbent le travail quotidien (« *On a quelques mois pour souffler et après on s'y remet* » – un cadre), telle est une des grandes caractéristiques de cette 6^{ème} phase. Ainsi, ce « retour » désigne-t-il **la reprise de l'activité classique, avec toutes ses qualités et aussi ses limites**. À la phase d'ébullition (partielle au moins), à laquelle correspond la démarche d'accréditation, succède donc la reprise « normale » des activités, c'est-à-dire la réapparition des jeux organisationnels hospitaliers classiques évoqués en amont de ce texte. Les groupes d'auto-évaluation se sont dissous, les dynamiques transversales se sont essouffées, les cloisonnements en tout genre peuvent donc réapparaître. À supposer qu'elles aient un temps disparu, les frontières professionnelles, les distinctions symboliques, les singularités identitaires (le statut, l'activité, le service...), et toutes les autres dimensions qui ne sont pas nécessairement synonymes de la notion de coopération, peuvent ressurgir. Le diptyque procédure-coopération (qui définit la qualité) pâtit assurément de ce retour au normal(isé).

Résumons le propos. **Sans contester que la procédure d'accréditation soit un moment important dans la dynamisation des démarches qualité, il n'en reste pas moins que nombre des caractéristiques de la démarche induisent une série d'effets qui contribuent à déséquilibrer les conceptions de la qualité entendues comme tensions multiples structurées par le couple procédure-coopération. En effet, en suscitant des stratégies électives ou distinctives, en provoquant l'artificialité d'un « bachotage », en accentuant le formalisme d'une démarche, en focalisant sur des projets si nombreux et ambitieux qu'ils en deviennent plus décourageants que mobilisateurs, ... la procédure entière de l'accréditation charrie avec elle des éléments qui ne paraissent pas nécessairement participer de la pérennisation/valorisation de la qualité.**

En laissant entrevoir aux personnels de l'hôpital quelques cousinages entre la démarche d'accréditation et le contrôle, le formalisme bureaucratique, l'inflation des procédures... , ce moment important dans la mise en œuvre d'une politique de qualité ne semble pas favoriser, la dialectique de la procédure et de la coopération en alimentant plus facilement le premier pôle que le second. L'artificialité génère des comportements ou des procédures qui « remplissent les armoires de fiches et autres documents » sans nécessairement modifier les pratiques ; le contrôle suscite le bachotage qui a fréquemment un lien avec le non-apprentissage ; le formalisme bureaucratique gèle les débats, les échanges et au final la coopération.

Mais là où l'accréditation – un des leviers de la politique qualité – semble porter avec lui des éléments de freinage ou de blocage, qui peuvent ne pas faciliter sa mise en valeur et sa pérennisation, on peut au contraire rencontrer au travers d'initiatives qui en apparence n'ont aucun rapport direct avec la problématique de la qualité, des impulsions qui peuvent participer de la dynamisation de celle-ci.

3.2. La part des chemins de traverses

Si nous partons de l'hypothèse que les définitions indigènes de la qualité, dans leurs déclinaisons multiples, portent toujours en elles une tension entre « procédures et coopération », si nous acceptons le constat selon lequel le pôle de la « procédure » se développe plus aisément que celui de la coopération, parfois jusqu'à le déborder largement, alors **la pérennisation/valorisation des actions qualités semble pouvoir profiter de tout ce qui pourrait renforcer les initiatives résolument tournées vers le pôle de la coopération**. Celle-ci, entendue comme une circulation (de savoir-faire, de reconnaissances réciproques, d'entre-aide...) entre professionnels mais aussi entre malades et personnels, suppose un travail sur ce qui sépare. Les frontières entre statuts, métiers, services, qu'elles soient matérielles, techniques, symboliques, les rivalités de territoires et/ou de pouvoir, sont autant d'obstacles à la coopération ainsi comprise.

Évidemment, il ne s'agit pas de croire en la naissance d'un monde hospitalier harmonieux duquel tous les conflits et autres tensions liés aux multiples séparations auraient disparu ; plus simplement, ce qui nous paraît pouvoir faciliter le

renforcement des coopérations, et donc de la qualité, relève de **la mise en place d'espaces ou de scènes au sein desquels des rencontres inattendues ou, à tout le moins inhabituelles, pourraient avoir lieu**. Ces « dispositifs » *ad hoc* (c'est-à-dire non institutionnalisés et bien plutôt contingents, ponctuels, provisoires...), mis en place au rythme des difficultés et autres questions soulevées, nous semble pouvoir constituer autant de lieux de rencontres, d'échanges, et de re-connaissances mutuelles des acteurs de l'hôpital. Au sein de ces groupes, c'est à une production collective concernant le sens attribué à leurs pratiques que les participants s'emploient à nourrir³⁸. D'une certaine façon, **on peut considérer que ne traitant pas nécessairement et directement de la « qualité », ces collectifs peuvent néanmoins être conduits à croiser cette dimension, dès lors que la question du « travailler ensemble » fournit le socle de leurs rencontres**. Illustrons notre propos.

Au cours de nos investigations, il nous a été donné de croiser un programme régional d'action nommé « Culture à l'Hôpital » engageant l'ARHRA (Agence Régionale Hospitalière Rhône-Alpes) et la DRAC Rhône-Alpes (faisant lui-même écho à une convention signée par le ministère de la Santé et le ministère de la Culture). Dans le cadre de ce projet, une série d'opérations culturelles sont développées (dans des établissements de tout type, publics bien sûr mais aussi privés participant du service public ou à but lucratif) confrontant à chaque fois, dans des circonstances très inhabituelles, aussi bien les professionnels de l'hôpital entre eux que les personnels hospitaliers avec les malades et leurs familles³⁹. À chaque fois, au cours de ces opérations, nous avons constaté que **s'accumulait un capital relationnel entre les différents acteurs de l'hôpital susceptible d'être re-mobilisé, ensuite, dans le cadre de l'activité professionnelle**. Ici, ce sont des malades qui assistent dans l'hôpital à un concert aux côtés des soignants, là ce sont ces derniers qui engagent un débat avec les médecins de l'établissement sur l'histoire de celui-ci à partir d'une recherche conduite par des historiens, ailleurs encore ce sont les uns et les autres qui se retrouvent pour une exposition dans l'enceinte de l'établissement et commentent celle-ci. À chaque fois, ce qui s'échange et circule entre professionnels, entre professionnels et malades, peut sembler sans rapport apparent avec la question de la qualité, entendue comme ensemble de procédures sur les bonnes pratiques techniques.

Pourtant, si la qualité est comprise comme un mouvement au sein duquel la coopération entre les différents acteurs de l'hôpital est essentielle, alors **ces chemins de traverses** (qu'il s'agisse de la culture à l'hôpital ou de toute autre initiative permettant de produire des collectifs) **deviennent des moyens d'obtenir ce capital relationnel qui fonde la possibilité d'une réflexion collective sur les formes et le sens du travail**. Pour le dire autrement, si l'hôpital est confronté à la question de sa « gouvernance » (dont la qualité des soins est une des préoccupations) alors, à l'identique des questions posées au « gouvernement de la Cité » qui tente d'organiser la co-existence de collectifs différents en essayant de mettre l'accent sur ce qui leur est commun en surmontant les singularismes, c'est à favoriser l'émergence de collectifs aux contours nouveaux que celui-ci doit œuvrer. **Il y a là, si nous en croyons nos premières observations, une voie possible permettant de travailler, certes indirectement mais néanmoins totalement, à la pérennisation/valorisation de la qualité**. Cette piste, croisée au hasard de nos recherches, n'est à ce stade qu'embryonnaire ; nous tenterons de vérifier sa solidité dans la seconde partie de nos travaux.

³⁸ Dans une certaine mesure, cette fonction d'échange et de production de sens, se retrouve dans le travail des groupes d'auto-évaluation qui préparent la visite d'accréditation. Toutefois, lorsque ceux-ci disparaissent (le plus souvent tout de suite après la visite des experts évaluateurs de l'ANAES), ils ne sont plus guère relayés. On peut penser que leur caractère obligatoire, puisqu'ils sont exigés en amont de la visite d'accréditation, et donc leur dimension semi-institutionnelle, n'est pas pour rien dans cette disparition.

³⁹ Ainsi et pêle-mêle, on retrouve des initiatives portant sur la danse, le théâtre, le chant, l'écriture, l'art plastique (sous la forme d'ateliers animés auprès des patients et des personnels mais aussi au travers de représentations, d'expositions), la photographie, la mémoire, le patrimoine, les sciences... Le déplacement des artistes dans les établissements va du musicien solitaire qui vient organiser un atelier chant, à l'orchestre symphonique qui arrive au grand complet ou presque. Mais cela peut être aussi, et à l'inverse des collectifs de patients, de soignants (ensemble ou séparément) qui se rendent à une représentation spectacle pour y assister en spectateurs ou pour y participer, directement sur scène, en acteurs. Factuellement, la liste des initiatives est telle que l'on ne peut ici être exhaustif. Donnons un simple aperçu. Ici sur la question de la mémoire, des récits sont recueillis, des objets collectés, des témoignages enregistrés, des productions photographiques ou cinématographiques réalisées, des recherches initiées, des ouvrages publiés. Là, dans un tout autre registre, ce sont des enfants hospitalisés qui produisent un disque, un recueil de textes, ou bien des malades qui réalisent des peintures qui sont exposées ; ailleurs encore, c'est un spectacle qui est monté avec les acteurs de l'hôpital et des artistes professionnels. La plupart du temps, dans un même établissement, les actions culturelles entreprises prennent plusieurs directions se joignant (ou pas) pour former un ensemble homogène ou au contraire pour ouvrir la palette des offres aux participants (malades, soignants, riverains...).

Conclusion du rapport intermédiaire

Au terme de ce mi-parcours, bien des interrogations subsistent et nombre d'hypothèses restent à confirmer voire à étayer. Du coup, prétendre conclure devient un exercice délicat, *a fortiori* s'il devait y avoir de notre part une réponse prescriptive à la question initialement posée : quels sont les facteurs de pérennisation/valorisation de la qualité ? Cela étant dit, nous pouvons reprendre quelques-uns des aspects que nous croyons les plus « stabilisés » de nos développements.

La qualité ne peut être pérennisée et valorisée au sein des établissements si celle-ci reste un « objet énigmatique » pour le plus grand nombre des professionnels. Pointer cette dimension ne signifie pas que la qualité est refusée par les personnels mais qu'elle est une notion qui, loin de faire évidence, est le résultat d'une négociation permanente entre tous, voire, selon les instants et les situations, entre soi et soi. A défaut de pouvoir dresser une typologie permettant de classer nettement par catégories (qu'elles soient professionnelles, statutaires ou autres) les conceptions des uns et des autres, il nous a été possible de montrer que la qualité est une tension, aussi bien individuelle que collective, qui, pour être très composite, n'en reste pas moins fortement polarisée par les notions de procédure et de coopération. Par là, nous entendons souligner que les professionnels, à des degrés divers et sous des formes toujours différentes, ont tendance à désigner alternativement les procédures⁴⁰ (et autres outils permettant de cadrer et normaliser les « bonnes pratiques ») et l'instauration de nouvelles coopérations (entre collègues, entre professions, entre services, ...) comme des aspects fondamentaux de la qualité.

Cette définition, à la fois discursive et pratique, nous paraît être potentiellement porteuse d'une dynamique de réflexion et d'action sur les formes prises par les pratiques professionnelles à l'hôpital dans la mesure où cette tension procédure/coopération s'accompagne de la possibilité d'être renégociée en permanence. Dit autrement, tout ce qui vient figer les ajustements continuels que suppose cette dialectique entre les deux pôles, soit en artificialisant le « jeu », soit en le formalisant à l'excès, soit en le fossilisant dans un protocole quelconque, peut venir « gripper » la dynamique de la qualité. Comme nous l'évoquions dans notre propos introductif, si la qualité est pensée comme un état (un stock de bonnes pratiques décrites par un corpus de références) dans l'oubli de sa dimension processuelle, ou à l'inverse comme un flux continu qui jamais ne peut se sédimenter sous une forme ou une autre (au travers de protocoles et de modes opératoires par exemple), alors, dans les deux cas, c'est la tension qui semble constitutive de la démarche qualité elle-même qui risque d'en souffrir.

Au cours de nos premières investigations, nous avons repéré un paradoxe. Là où certaines initiatives (en l'occurrence la procédure d'accréditation) sont entièrement tournées vers la dynamisation de la démarche qualité, on peut se trouver confronter à des effets inattendus, ne générant pas toujours des impulsions favorables à la pérennisation ou à la valorisation de celle-ci. A l'inverse, sur des opérations qui sont totalement excentrées par rapport à la problématique de la qualité, nous avons relevé des résultats dont les répercussions paraissent bénéfiques à la coopération, pôle sans doute le plus fragile du diptyque procédure/coopération. De ces constats, des interrogations nouvelles aux accents surprenants peuvent surgir :

Afin de pérenniser et de valoriser la qualité ne faut-il pas, se décentrer partiellement de l'objet qualité ? Les personnels n'œuvrent-ils pas à la qualité dans des situations qui semblent sans rapport direct avec celle-ci ? L'appréhension frontale du concept comme de la démarche qualité est-elle la meilleure garantie pour progresser dans le sens de la pérennisation ou de la valorisation de celle-ci ?

⁴⁰ Ce qui n'exclut évidemment pas que les mêmes acteurs désignent parallèlement les procédures en question comme génératrices d'un formalisme excessif et d'une bureaucratisation étouffante.

Dans la seconde partie de notre recherche, nous entendons reprendre les différents aspects évoqués dans ce document tout en nous confrontant à ces dernières questions. D'abord en exploitant plus avant le matériau que nous avons recueilli jusqu'à maintenant et que nous n'avons pu que partiellement analysé jusqu'ici.

Ensuite, en approfondissant les observations et investigations des terrains sur lesquels nous avons déjà investi. Ainsi, dans les établissements au sein desquels nous avons tissé les contacts les plus importants, nous allons organiser des rencontres avec les personnels pour tester quelques-unes des hypothèses avancées ici. C'est la partie « intervention sociologique » de notre travail. Des confrontations que nous susciterons, nous attendons non seulement qu'elles nous aident à tester la validité de nos analyses mais également qu'elles permettent la fabrication d'un matériau collectif sur la question de la qualité⁴¹.

Par ailleurs, nous entendons nous approcher au plus près du fonctionnement de quelques services au sein desquels il semble qu'une dynamique qualité spécifique se soit installée. Dans cette perspective, sachant que nous possédons déjà les contacts nécessaires pour nous immerger dans les situations, nous tenterons de diagnostiquer le fonctionnement de quelques équipes engagées dans des actions qualité. Evidemment, tout comme nous nous sommes déjà laissés surprendre par certains « chemins de traverses » lors de la première phase de ce travail, nous n'excluons pas d'en découvrir d'autres ; ils pourraient nous conduire à élargir notre questionnement et à ouvrir encore un peu le spectre des établissements au sein desquels nous conduirons nos recherches.

⁴¹ Matériau qui, dans l'idéal, pourrait représenter un outillage à vocation locale au sein des établissements concernés.

Annexe 6 : Synthèse (avril 2006)

Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération

Cette étude sociologique, conduite de septembre 2003 à janvier 2006, analyse les conditions de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité en milieu hospitalier. Elle s'appuie sur un double corpus de matériaux : une première exploration d'établissements en phase de préparation aux visites d'accréditation, une seconde exploration monographique dans des services ou départements plusieurs mois après la visite. Au total, environ 80 entretiens approfondis, une trentaine de réunions, une vingtaine de journées d'observations, dans des établissements publics variables par la localisation, la taille, la spécialité. Dans une logique de sociologie d'intervention, les résultats ont été autant que possible restitués aux acteurs et discutés avec eux.

Quelques résultats majeurs émergent :

- **La pérennisation et la valorisation de la démarche-qualité ne conduisent pas à la disparition des visions indigènes de la qualité, plurielles et cloisonnées professionnellement.**

Les différents acteurs de santé s'opposent d'abord dans leur appréhension du contenu et de l'intérêt de la démarche-qualité, telle qu'elle est portée par la HAS et les autres tutelles (notamment via la démarche d'accréditation). Quand elle n'est pas méconnue (ce qui est encore le cas de certains professionnels de santé), cette démarche-qualité est souvent critiquée pour sa distance au terrain, son incompatibilité avec les objectifs de maîtrise des coûts ou avec les contextes de manque de personnels et de moyens matériels.

Au sein des établissements, on observe aussi de profondes différences entre ceux qui se vivent comme les praticiens de la qualité (médecins, soignants) et ceux que ces derniers définissent comme les théoriciens (administratifs, responsables qualité, directions de soins). S'ajoutent encore des visions catégorielles de la qualité, appuyées sur des idéaux de qualité très différents : le dépassement des cloisonnements, la performance de l'acte technique, le respect des procédures, la standardisation des pratiques, le temps passé auprès du patient, la prise en compte de ses attentes, ... sont autant d'objectifs qualité qu'il y a de groupes professionnels à l'hôpital.

- **Derrière la diversité des conceptions de la qualité se manifestent néanmoins des points d'accord : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part.**

Si une tension entre les exigences de procédurisation et de mise en coopération des professionnels et des structures de soins apparaît depuis longtemps comme une nécessité aux théoriciens de la gestion de la qualité en santé, il est rare d'observer cette dite tension au sein des services. Cela étant, on commence à voir poindre cette tension au cœur des interrogations pratiques de certains professionnels de santé. Ainsi, ceux-ci s'imposent une double injonction normative les appelant à un plus grand respect des procédures et à une meilleure coopération. Mais ce sont aussi eux qui se confrontent à la difficulté de répondre à cette double injonction, vécue parfois comme paradoxale.

- **La démarche d'accréditation est décisive dans les dynamiques de la qualité (notamment en termes d'initialisation, de généralisation et de valorisation des différentes démarches-qualité déjà entreprises), mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques.**

L'accréditation a opéré une double généralisation de la démarche-qualité, à la fois en ce qu'elle a étendu à l'ensemble des établissements ce qui n'existait que dans certains lieux anticipateurs et en ce qu'elle a traité à l'échelle des établissements ce qui n'existait le plus souvent qu'au niveau des services. Avec l'autoévaluation, elle a aussi créé des dynamiques, initié des temps, des lieux, des envies de réflexion sur les normes et les pratiques professionnelles. Parfois, elle a créé une mémoire commune, des points de repère collectifs, une « génération » de professionnels ayant connu la V1. Elle a enfin souvent installé des « effets cliquets », des seuils de qualité qui, une fois franchis dans un sens, ne le seront plus dans l'autre.

Mais l'accréditation génère aussi des effets peu ou moins favorables à la valorisation et à la pérennisation de la qualité, parfois contre-productifs. Les comportements de bachotage et d'affichage observés avant et pendant la visite des experts, la frustration observée dans les services à l'égard de la rapidité de cette visite, le caractère vécu comme très formel et très fermé de la restitution des experts, l'attribution « à distance » de réserves et de recommandations,

transforment l'accréditation en une approche redoutée, perçue comme stigmatisante et infantilisante, en tout cas très peu en lien avec le véritable objectif de qualité.

- **Il n'y a pas de facteur déterminant, ni de configuration idéale assurant la pérennité et la valorisation des démarches-qualité. Celles-ci semblent plutôt relever d'alchimies singulières, irréductibles à quelques indicateurs.**

Le type (CH / CHU), la taille, l'architecture (monobloc, pavillonnaire), la spécialité des établissements, la taille des services, des départements ou des pôles, la nature des pathologies, les disciplines médicales exercées, l'organisation du travail (en 3x8, hospitalisation de jour, ...), la longueur et la forme des lignes hiérarchiques, la durée moyenne des hospitalisations, le profil des « chefs » (médecins et cadres), l'ancienneté et la stabilité des équipes... ne sont pas des facteurs nécessaires et suffisants – et par là des garanties sûres et certaines – de pérennité et de valorisation des démarches-qualité, quelles qu'elles soient.

Derrière ce constat d'absence de « facteurs », nous entendons l'absence de facteur déterminant mais aussi de « facteur favorable », de « condition ». Si dans les discours apparaît parfois l'idée que tel ou tel élément (par exemple le leadership d'un « chef », la culture de l'établissement) serait favorisant, la confrontation des expériences montrent que tel élément peut servir dans une configuration donnée, le développement de la tension procédure-coopération, que ce même élément peut, dans une autre situation, le bloquer. S'il n'y a pas de facteur, il y a néanmoins des configurations facilitantes. Avec ce concept de configuration, il s'agit d'insister sur les liens, le liant entre les éléments.

Deux dimensions semblent favoriser ce liant : les plus ou moins grandes centralité et activité des patients dans le processus de soins, une relation démythifiée à la démarche-qualité de ceux qui sont en position de « manager » les collectifs.

Ces résultats invitent à faire le deuil de la recherche de conditions partout efficaces de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité. L'inscription de la qualité comme valeur pérenne et reconnue de l'organisation n'en est pas pour autant totalement aléatoire.

L'étude apporte aussi des éléments de discussion sur les moyens de pérenniser et valoriser les démarches-qualité :

- **L'idéal est d'entretenir la tension entre procédures et coopération et éviter que le balancier ne se bloque sur l'un ou l'autre de ces pôles.**

En suggérant **d'entretenir la tension entre procédures et coopération**, nous mettons d'abord l'accent sur la nécessité d'éviter deux types de situations souvent rencontrés. Le premier, incontestablement le plus fréquent, voit les personnels invités à mettre en pratique des procédures dont le respect scrupuleux est supposé être la garantie de pratiques professionnelles de qualité. Dans cette posture, qui fétichise la procédure (et le texte qui l'explique), le risque est grand de voir celle-ci ne plus représenter un repère pertinent pour les acteurs concernés. Le second type de situations, tout au contraire, met en scène des personnels qui ne croient guère en la nécessité de réfléchir à la définition de leurs activités respectives et encore moins à l'établissement de guides de bonnes pratiques. Ils préfèrent privilégier la bonne ambiance de travail, se repliant sur l'idée que la cohésion (confondue au passage avec la notion de coopération) de leur groupe professionnel suffit à garantir une prestation collective de qualité. Dans ce cas de figure, on peut être en présence d'une homogénéité intra-groupale (laquelle n'est pas forcément synonyme d'homogénéité inter-groupale), mais celle-ci ne s'accompagne pas forcément d'une réflexion sur les pratiques de chacun.

Pour œuvrer à l'instauration d'une dynamique qualité, il convient de se situer, pensons-nous, à distance de ces deux types de situation. **Pour que les procédures soient autre chose qu'un fétiche**, il semble souhaitable qu'elles soient attachées à l'existence d'une coopération dans le travail. Par coopération, nous entendons **un mode d'interaction permanent** permettant d'abord aux membres d'un collectif de se connaître et de se reconnaître. Cette condition remplie, ils peuvent alors envisager de travailler ensemble à une définition commune du « juste » geste, du « juste » soin ; la qualité n'étant jamais qu'une expression d'une « juste qualification du travail ». La procédure, les guides de bonnes pratiques, n'ont de sens que dans la mesure où ils résultent de ce **processus de coopération**. Celui-ci, étant en outre continu, peut à tout moment les déformer, les transformer et ce faisant, il participe de leur consolidation. Paradoxalement, la force de la procédure nous semble donc résider dans sa plasticité. Nous croyons dès lors possible la

mise en place d'un **cercle vertueux où la coopération nourrit les procédures pendant que ces dernières offrent, en retour, un support à l'exercice de la première.**

- **Les établissements semblent gagner à venir compléter la mobilisation directe et frontale de tous les personnels sur la seule question de la qualité par la mise en place d'espaces-temps de controverses, de lieux et collectifs de discussion, non uniquement centrés sur la qualité.**

Le cercle vertueux précédemment évoqué est lui-même largement lié à la possibilité d'offrir aux personnels de l'hôpital des **occasions de confrontations** ; ce sont elles qui les aident à entrer dans un processus de reconnaissance mutuelle. Si les opportunités de controverses ne manquent évidemment pas dans l'exercice de leurs activités quotidiennes, elles ne nous paraissent pas toujours nécessairement adaptées dans la mesure où elles constituent des instants de relations habituelles et frontales, avec tout ce que cela suppose de risques de blocages liés aux contentieux de travail accumulés. Aussi suggérons-nous de valoriser prioritairement ce que nous nommons **les chemins de traverse, les voies latérales**. Par là, nous désignons des situations qui voient les professionnels de l'hôpital échanger sur des questions périphériques à celles qui sont généralement considérées comme centrales ou classiques ; en cette occasion, ils peuvent faire l'expérience de la reconnaissance mutuelle (connaître pour se reconnaître). Ainsi, et pour illustration, à l'occasion de la mise en œuvre d'une convention « culture à l'hôpital », des médecins, des soignants, des administratifs, des patients, peuvent se retrouver pris dans des formes de relations totalement nouvelles, où les jeux et scénarii de chacun ne sont pas écrits par avance. Ce faisant, ils peuvent apprendre réciproquement des uns et des autres ce que jamais ils n'avaient pu percevoir jusque-là ; il peut en résulter, dans leurs pratiques quotidiennes, des interactions inusitées induisant des réflexions sur leurs pratiques collectives et ce qu'elles génèrent ou non de commun – la question de la qualité se situant alors dans le faisceau de ces réflexions –. Les sujets étant innombrables, la liste des opportunités de confrontations latérales n'est bien sûr jamais close, mais pour illustration, c'est aussi ce type de configuration que l'on peut retrouver à l'occasion d'échanges, entre personnels, relatifs à l'organisation par pôles d'un établissement, ou encore lors de projets susceptibles de déboucher sur la mise en place d'un réseau ville-hôpital. Ces situations de confrontations latérales (à la question de la qualité) ont pour intérêt majeur d'offrir aux personnels des scènes inhabituelles où les rôles de chacun ne sont pas prédéfinis, où les scénarii ne sont pas écrits par avance. À l'horizon de ce genre de controverses, nous voyons un renforcement possible du processus de coopération, tel que défini précédemment.

- **Encore faut-il que la qualité puisse être discutée et non pas instituée au rang de totem sur lequel aucune critique ne paraît possible.**

Ultime remarque d'importance : les débats s'ouvrant ou débouchant sur le thème de la qualité supposent, pour pouvoir être conduits dans les meilleures conditions, **une véritable dé-totémisation du sujet**. Au cours de nos échanges avec les professionnels de l'hôpital, nous avons en effet souvent rencontré la difficulté de traiter de façon critique des questions relatives à cette thématique. Ce n'est pas tant la conviction des uns et des autres, quant au bien-fondé des démarches qualité, qui nous a surpris que le caractère dévot de leur adhésion. Par certains côtés, la qualité nous est apparue comme un « totem » aux vertus sacrées rendant « tabou » toute forme de mise en question critique. À tous les niveaux de l'institution hospitalière, nous avons été confrontés, lorsque nous formulions des interrogations, exprimions des points de vue dubitatifs sur tel ou tel aspect des démarches qualité (et notamment de la procédure d'accréditation), à de vives réactions nous reprochant de porter atteinte à cette difficile et légitime entreprise consistant à améliorer la qualité des soins. Notre posture interrogative nous plaçait dans le camp des ennemis de la qualité... De ce constat, nous tirons la suggestion selon laquelle la dynamique qualité aura d'autant plus de chance de se pérenniser et d'être valorisée que les personnels pourront s'en emparer, y compris de manière critique, sans craindre d'être accusés *a minima* de « n'avoir pas compris » ou redoutant de voir leur propos compris comme blasphématoires.

Tous ces résultats et éléments de discussion viennent de l'étude de différentes configurations hospitalières. Cela invite beaucoup moins au scepticisme et au pessimisme qu'à un optimisme raisonné quant à l'idée de formes possibles de pérennisation et de valorisation des démarches-qualité à l'hôpital. Moins la qualité est séparée des autres dimensions du travail hospitalier, moins elle est installée au rang de croyance indiscutable, plus elle est banalisée et plus elle est pérenne et valorisée aux yeux des professionnels hospitaliers, de tous les professionnels hospitaliers.